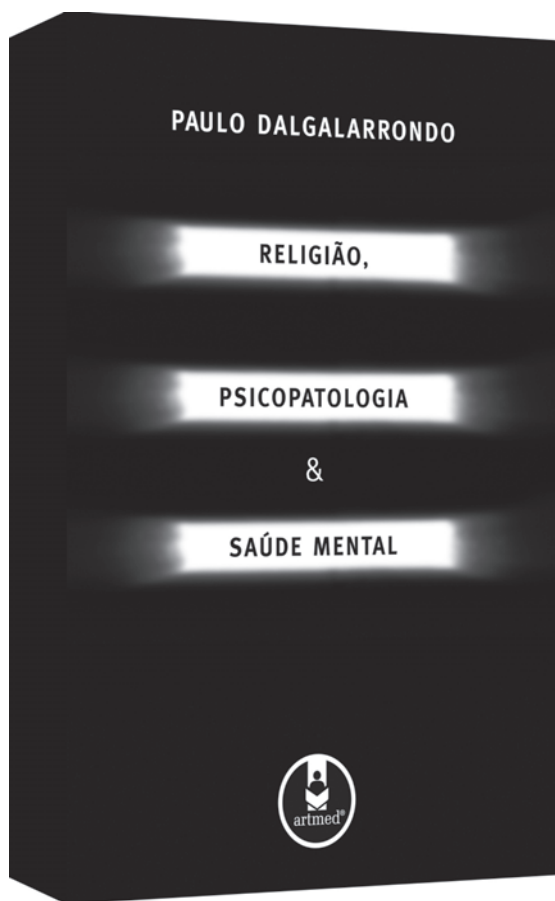
Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais

A Artmed é a editora oficial da ABP

Conheça também

Uma das dimensões mais marcantes e significativas da experiência humana cotidiana, a religiosidade é, seguramente, um objeto de investigação dos mais complexos.

Em **Religião, Psicopatologia e Saúde Mental**, livro síntese de mais de 15 anos de pesquisa na área, o doutor Paulo Dalgalarrondo aproxima-se do fenômeno "religião" passando por disciplinas como psicopatologia, psicanálise e psicologia, bem como antropologia e sociologia da religião.

Para minha mãe, Maria Teresa, que me ensinou
a curiosidade por tudo o que é humano.

Agradecimentos

A psicopatologia é uma tradição clínica. É apenas no interior dessa tradição, no contato com o mestre, no ensino do aluno e, sobretudo, na vivência daquilo que, decorrente do contato com pacientes enigmáticos (quase todos), desafia nosso conhecimento e desencadeia a "angústia da clínica" ou, mais precisamente, a "angústia da dúvida clínica", que esta ciência pode se realizar de forma plena. Assim, um livro como este é construído a partir do aprendizado com um grande número de mestres, colegas, alunos e pacientes. Citá-los seria difícil; certamente seriam cometidas injustas omissões. De qualquer forma, gostaria de destacar três pessoas que, na fase de redação do livro, contribuíram de forma especial. Agradeço, então, a Mário Eduardo Costa Pereira, psiquiatra e psicanalista, que guarda pela psicopatologia mais do que um forte interesse profissional, e a Neury José Botega, psiquiatra clínico, estudioso dos mistérios da relação médico-doente. Além de colegas, ambos são meus companheiros no Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Agradeço-lhes pela leitura do texto final e por suas correções e observações decisivas. Sou igualmente grato à professora Marisa Lajolo, do Instituto de Estudos da Linguagem da UNICAMP, que revisou pacientemente o texto, discutiu a sua composição e fez correções e sugestões, sempre com aguda sensibilidade, humor e generosidade, marcas de seu espírito. As imprecisões e os deslizes que permaneceram se devem, certamente, à teimosia do autor em não acatar algumas das sugestões desses amigos.

Rigorosamente, todas estas
notícias são desnecessárias para a compreensão
da minha aventura; mas é um modo de ir
dizendo alguma coisa, antes de entrar em matéria,
para a qual não acho porta grande nem pequena;
o melhor é afrouxar a rédea à pena, e ela que vá andando,
até achar entrada. Há de haver alguma; tudo depende
das circunstâncias, regra que tanto serve para o estilo
como para a vida; palavra puxa palavra, uma idéia traz
outra, e assim se faz um livro, um governo, ou uma
revolução; alguns dizem mesmo que assim é
que a natureza compôs as suas espécies.

Machado de Assis
(em *Primas de Sapucaia,*
Histórias sem data, 1884)

Prefácio à 2ª edição

Muitos cursos de graduação, sobretudo de Medicina e Psicologia, e de pós-graduação (residências de Psiquiatria e especializações em Psicologia Clínica) têm adotado este livro em todo o Brasil. Isso é motivo de estímulo e satisfação, mas implica uma grande responsabilidade, a de aperfeiçoar e manter este trabalho atualizado. Tal atualização, entretanto, não pode, de modo algum, fazê-lo perder seu caráter didático. Eis o desafio desta segunda edição.

Soube, recentemente, que este livro tem sido bem-acolhido também em Portugal. Esse país produziu brilhantes psicopatólogos como, por exemplo, Julio de Mattos (1884, 1923), muito lido no Brasil no início do século XX, até Barahona Fernandes (1966) e Fonseca (1987), assim como, contemporaneamente, Pio Abreu (1994). No contexto das tradições médicas e psicológicas de alguns países e culturas (Alemanha, França, Espanha e países da América Latina), a semiologia e a psicopatologia constituíram-se, assim como em Portugal, como uma disciplina central para a psiquiatria, a psicologia clínica e as neurociências aplicadas. Desejamos que, também nos demais países que falam o português, a psicopatologia geral continue a se desenvolver como ciência e instrumento privilegiado da clínica. Que ela permaneça e progrida como a principal disciplina de fundamentação da psiquiatria e da psicologia clínica.

Entre a primeira edição do livro e esta, surgiram alguns textos de psicopatologia em nosso meio, produzidos por autores brasileiros, que representam contribuições originais e enriquecedoras: o trabalho erudito de Francisco Martins (2005), *Psicopathologia I e II*; o texto didático e terminologicamente preciso de Elie Cheniaux (2005), *Manual de psicopatologia*; assim como obras que tratam das bases epistêmicas da psicopatologia, a saber, *Psicopatologia: vertentes, diálogos* (organizada por David Calderoni, 2002) e *Psicopatologia hoje* (organizada por João Ferreira da Silva Filho, 2006). Além disso, foi publicado recentemente, do norte-americano Daniel Carlat (2007), *Entrevista psiquiátrica*, livro prático e muito útil aos estudantes.

Foi necessário, nesta segunda edição, realizar uma revisão de todo o livro. Houve um cuidado particular com a atualização dos capítulos da psicopatologia mais intimamente relacionados à função cerebral e às neurociências (consciência, atenção, orientação e, em particular, memória), pois estas áreas têm apresentado rápido avanço, gerando novos conceitos que, em parte, modificam as abordagens tradicionais.

Sou grato ao professor Othon Bastos, que reviu e corrigiu pacientemente alguns erros e imprecisões que constavam na primeira edição. Além disso, gentilmente pôs à minha disposição uma obra sua manuscrita, *Vocabulário psiquiátrico popular*, trabalho cuidadoso de anos de entrevistas e observações com pacientes com transtornos mentais de estados do Nordeste brasileiro. Com sua autorização, pude acrescentar os vocábulos ao glossário disponível no final deste livro. Também foi incorporado ao glossário um bom número de termos e expressões populares coletados por Marcelo G. Nucci, em trabalho laboriosamente organizado em sua dissertação de mestrado sobre formulação cultural em saúde mental, realizado em um centro de saúde de um bairro periférico de Campinas.

Sou grato também ao meu querido amigo professor Cláudio E. M. Banzato, que revisou cuidadosamente o texto, atentando sobretudo para algumas imprecisões conceituais.

Quero, finalmente, expressar meus agradecimentos à diretoria da Artmed. Seu estímulo, idéias e sugestões foram fundamentais para a realização desta segunda edição, em relação tanto ao conteúdo como às soluções de editoração para tornar o livro mais prático e visualmente atraente.

Prefácio da 1ª edição

Por que escrever agora um texto de psicopatologia e semiologia psiquiátrica? Será que, a esta altura, não seria melhor deixar essas disciplinas para trás e nos ocuparmos de temas emergentes e, aparentemente, mais modernos? Por que insistir nelas, tão fora de moda no contexto atual? Os alunos de graduação, os residentes de psiquiatria, os iniciantes de pós-graduação precisam mesmo gastar horas e horas estudando psicopatologia? Será mesmo necessário que aprendam a fazer um exame psíquico detalhado e aprofundado?

A semiologia é a base, o pilar fundamental da atividade médica. Saber observar com cuidado, olhar e enxergar, ouvir e interpretar o que se diz, saber pensar, desenvolver um raciocínio clínico crítico e acurado são as capacidades essenciais do profissional de saúde. Na época da *Internet*, de um volume fabuloso (e, de fato, muito útil) de novas e sempre renovadas informações, cabe aos professores não apenas fornecer informações recentes aos alunos, mas, sobretudo, ensiná-los a observar cuidadosamente o paciente, a pensar sobre o que ouve e vê, a analisar racionalmente, com crítica, e até com uma pitada de malícia, os dados "brutos" que a clínica nos fornece.

Posto que o conhecimento nas áreas médicas renova-se em uma velocidade espantosa, faz-se necessário, atualmente, concentrarmo-nos em ensinar mais o "como" do que o conteúdo em si, mais os métodos de aquisição de conhecimento do que as novas informações. Assim, a semiologia médica e psicopatológica, bem como a psicopatologia geral, devem ser vistas como base de sustentação da formação do profissional de saúde (e, especialmente, de saúde mental).

Bons e mais aprofundados livros do que este sobre psicopatologia geral e semiologia psiquiátrica estão à disposição do leitor. A *Psicopatologia geral*, de Karl Jaspers (1979), primeiramente editada em 1913, é, certamente, a obra maior da psicopatologia. É "o grande tratado", cuja força primordial é ter lançado as bases metodológicas da disciplina: bases a um só tempo clinicamente rigorosas e filosoficamente muito bem embasadas. Embora não seja, de modo algum, um texto hermético, para o estudante em fase inicial é obra relativamente difícil, não voltada diretamente para questões práticas do exame do paciente. Na esteira de Jaspers, temos a *Psicopatologia clínica*, de Kurt Schneider (1976), e a *Psiquiatria*, de Weitbrecht (1973).

Na França, entre as muitas obras publicadas, deve-se citar a interessante *Semiologie psychiatrique*, de Paul Bernard e Si-

mone Trouvé (1977), pois se trata de um dos poucos trabalhos que dá ênfase à psicopatologia da esfera instintivo-pulsional, como o comportamento alimentar e o sexual, o sono e a experiência corporal. Os trabalhos de Henri Ey (1950, 1973, 1976), propondo uma visão unicista em seu “organodinamismo” e a abordagem fenomenológico-existencial de Eugène Minkowiski (1966, 1973), que coloca no centro da psicopatologia o tempo e o espaço vivido, são com certeza obrigatórios para um estudo psicopatológico aprofundado.

No contexto anglo-saxão, Andrew Sims (1995) publicou recentemente o excelente livro *Symptoms in the mind,* o qual abrange os principais tópicos da psicopatologia geral. Nos EUA, desde o famoso trabalho de Sullivan (1954), uma produção específica de trabalhos sobre o que se convencionou chamar de “a entrevista psiquiátrica” (MacKinnon e Michels, 1987; MacKinnon e Yudofsky, 1988; Othmer e Othmer, 1994) representam, em um certo sentido, uma contribuição valiosa à semiologia psiquiátrica. O extenso tratado de Kaplan & Sadock (1995), apesar de não reservar grande espaço para a semiologia psiquiátrica e para a psicopatologia geral, é de muita utilidade por suas variadas descrições clínicas e ricas informações epidemiológicas e neurobiológicas dos diversos transtornos mentais. Como descrição pormenorizada de síndromes psicopatológicas raras, vale citar a obra de Enoch e Trethowan (1979).

Os espanhóis Mira y Lopez (1943), Vallejo Nájera (1944), López Ibor (1970), Carmelo Monedero (1973) e Alonso Fernandes (1977) produziram obras psicopatológicas do mais alto nível, consubstanciando um importante desenvolvimento (e, em alguns temas, um aprofundamento) à psicopatologia de línguas alemã e francesa. Na América hispânica temos, pelo menos, duas obras memoráveis: o *Curso de psiquiatria* (volume 1), do professor peruano Honorio Delgado (1969), e *Semiología y psicopatología de los procesos de la esfera intelectual*, do argentino Carlos R. Pereyra (1973).

Em nosso meio, textos valiosos e aprofundados foram produzidos. O livro de Augusto Luiz Nobre de Melo (1979) deve ser destacado pela sua erudição, escrita elegante e, sobretudo, pela abrangência e profundidade de alguns capítulos. É, entretanto, um pouco difícil para o aluno iniciante, que pode atrapalhar-se com o estilo de Nobre de Melo, às vezes rebuscado. O *Curso de psicopatologia*, de Isaías Paim (1993), é outra obra de valor. Mais enxuta que a anterior, é um texto conceitualmente bastante rigoroso, permanecendo como importante fonte de consulta. Contudo, Paim utiliza uma terminologia antiga e, eventualmente, pouco acessível ao aluno iniciante.

Embora não sejam tratados completos de psicopatologia, o livro de Leme Lopes (1980), *Diagnóstico em psiquiatria*, assim como o *Conceito de psicopatologia*, de Sonnenreich e Bassitt (1979), representam importantes contribuições à delimitação do campo psicopatologógico. Um trabalho bastante didático, de orientação neuropsiquiátrica, é *Para compreender a psicopatologia geral*, de R.J.Cabral (1982), de Belo Horizonte. Mais recentemente, Luiz Salvador de Miranda Sá Junior (1988), de Campo Grande, e Cláudio Lyra Bastos (1997), de Niterói, publicaram dois excelentes textos didáticos de psicopatologia e semiologia psiquiátrica.

A psicopatologia tem uma complexa e elaborada tradição histórica, de difícil acesso ao estudante. Os magníficos trabalhos de German Berrios (1996), *The history of mental symptoms* e *A history of clinical psychiatry*, assim como a bem feita revisão de Paim (1993), *História da psicopatologia*, podem servir de auxílio na recuperação dessa rica tradição de conhecimentos.

O presente texto tem algumas especificidades em relação às obras supramen-

cionadas. Tem por objetivo ser didático, claro, acessível ao aluno de graduação e ao residente que se inicia na arte. Sem transgredir demais o rigor conceitual necessário, quer ser, a um só tempo, um texto de utilidade prática para o estudante que precisa aprender a examinar acuradamente o paciente e uma fonte introdutória de reflexão em relação ao conhecimento psicopatológico.

Ao invés de ser um trabalho doutrinário, representante desta ou daquela escola, este texto busca a integração de importantes áreas e conhecimentos psicopatológicos. Assim, procurei apresentar conceitos da psicopatologia médica clássica, da psicopatologia fenomenológico-existencial e da psicanalítica. Da mesma forma, esforcei-me por trazer ao aluno alguns dados fundamentais de neurociências e da neuropsicologia moderna, principalmente daquilo que, a meu ver, enriquece sobremaneira a psicopatologia.

Sem desconhecer os riscos de um “ecletismo selvagem”, optei por recusar alternativas essencialmente (e, sobretudo, exclusivamente) “biológicas”, “cognitivo-comportamentais”, “psicanalíticas” ou “socioculturais”. Busquei, antes, recolher e aproveitar o que há de esclarecedor e útil nessas diversas abordagens. Reconhecendo as especificidades epistemológicas de cada concepção, bem como a complexidade e a assimetria das relações interdisciplinares, não considero as diferentes teorias como “fechadas” e “acabadas”, nem aceito qualquer pretensão “ditatorial” desta ou daquela corrente. A psicopatologia, campo dos mais complexos, exige uma atitude aberta, despreconceituosa e multidisciplinar.

Cabe salientar que, na maior parte dos capítulos, acrescentei um item denominado “semiotécnica”, o qual visa a fornecer ao estudante, iniciante na prática psicopatológica, “questões formuladas”, testes, escalas, técnicas de exame, que facilitem e enriqueçam a avaliação dos diferentes quadros clínicos. Obviamente, faz parte do “espírito” da psicopatologia e da semiologia psicopatológica que tais ferramentas sejam utilizadas de forma flexível, de modo a enriquecer a avaliação e não aprisioná-la a um instrumento asfixiante. A escolha das “questões” e dos testes baseou-se, além de em minha experiência pessoal, nos livros de Vallejo Nágera (1944), de Andreasen e Black (1991) e de Othmer e Othmer (1994). Os testes sugeridos (para atenção, memória, inteligência, etc.), simplificados na maior parte, devem ser usados com certa cautela e interpretados dentro do contexto clínico, já que para muitos deles não dispomos nem da validação nacional nem de resultados normativos para a população brasileira.

Finalmente, merece uma palavra o uso que fiz, talvez um tanto abusivo, de poemas, citações e trechos literários. O lugar estrategicamente fundamental da arte como fonte de conhecimento psicopatológico já foi vislumbrado e bem descrito por Freud:

> Poetas e romancistas são nossos preciosos aliados, e seu testemunho deve ser altamente estimado, pois eles conhecem muitas coisas entre o céu e a terra com que nossa sabedoria escolar não poderia ainda sonhar. Nossos mestres conhecem a psique porque se abeberaram em fontes que nós, homens comuns, ainda não tornamos acessíveis à ciência.
>
> *Freud*
> *(*O delírio e os sonhos na Gradiva de Jensen*, 1906)*

Assim, aproprio-me da formulação freudiana, reconhecendo que o artista percebe antes e mais profundamente do que o cientista; este último organiza melhor, cria sistemas, hierarquias, enfim, “arma” uma lógica para a natureza. Mas é do grande artista o privilégio da percepção mais fina, mais profunda e contundente, daquilo que se passa no interior do homem, suas misérias e grandezas.

Sumário

parte 1

ASPECTOS GERAIS DA PSICOPATOLOGIA

parte 2

AVALIAÇÃO DO PACIENTE E FUNÇÕES PSÍQUICAS ALTERADAS

parte 3

AS GRANDES SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS

parte 1

ASPECTOS GERAIS DA PSICOPATOLOGIA

1

Introdução geral à semiologia psiquiátrica

Um dia escrevi que tudo é autobiografia, que a vida de cada um de nós a estamos contando em tudo quanto fazemos e dizemos, nos gestos, na maneira como nos sentamos, como andamos e olhamos, como viramos a cabeça ou apanhamos um objeto no chão. Queria eu dizer então que, vivendo rodeados de sinais, nós próprios somos um sistema de sinais.

*José Saramago (*Cadernos de Lanzarote*, 1997)*

O QUE É SEMIOLOGIA (EM GERAL, MÉDICA E PSICOPATOLÓGICA)

A **semiologia**, tomada em um sentido geral, é a ciência dos signos, não se restringindo obviamente à medicina, à psiquiatria ou à psicologia. É campo de grande importância para o estudo da linguagem (semiótica lingüística), da música (semiologia musical), das artes em geral e de todos os campos de conhecimento e de atividades humanas que incluam a interação e a comunicação entre dois interlocutores por meio de um sistema de signos.

Entende-se por **semiologia médica** o estudo dos sintomas e dos sinais das doenças, estudo este que permite ao profissional de saúde identificar alterações físicas e mentais, ordenar os fenômenos observados, formular diagnósticos e empreender terapêuticas. **Semiologia psicopatológica** é, por sua vez, o estudo dos sinais e sintomas dos transtornos mentais.

Semiologia psicopatológica é o estudo dos sinais e sintomas dos transtornos mentais.

Embora esteja intimamente relacionada à lingüística, a semiologia geral não se limita a ela, posto que o signo transcende a esfera da língua; são também signos os gestos, as atitudes e os comportamentos não-verbais, os sinais matemáticos, os signos musicais, etc. De fato, a semiologia geral como ciência dos signos foi postulada pelo lingüista suíço Ferdinand de Saussure [1916] (1970), que afirmou:

> Pode-se, então, conceber uma ciência que estude a vida dos signos no seio da vida social; [...] chamá-la-emos de Semiologia (do grego *semeion*, "signo"). Ela nos ensinará em que consistem os signos, que leis os regem.

Charles Morris (1946) discrimina três campos distintos no interior da semiologia: a **semântica**, responsável pelo estudo das relações entre os signos e os objetos a que tais signos se referem; a **sintaxe**, que com-

preende as regras e as leis que regem as relações entre os vários signos de um sistema de signos; e, finalmente, a **pragmática**, que se ocupa das relações entre os signos e os usuários, os sujeitos que os utilizam concretamente.

O **signo** é o elemento nuclear da semiologia; ele está para a semiologia assim como a célula está para a biologia e o átomo para a física. O signo é um tipo de **sinal**. Define-se sinal como qualquer estímulo emitido pelos objetos do mundo. Assim, por exemplo, a fumaça é um sinal do fogo, a cor vermelha, do sangue, etc. O signo é um sinal especial, **um sinal sempre provido de significação**. Dessa forma, na semiologia médica, sabe-se que a febre pode ser um sinal/signo de uma infecção, ou a fala extremamente rápida e fluente pode ser um sinal/signo de uma síndrome maníaca. A semiologia médica e a psicopatológica tratam particularmente dos signos que indicam a existência de sofrimento mental, transtornos e patologias.

Os **signos** de maior interesse para a psicopatologia são os **sinais comportamentais** objetivos, verificáveis pela observação direta do paciente, e os **sintomas**, isto é, as **vivências subjetivas** relatadas pelos pacientes, suas queixas e narrativas, aquilo que o sujeito experimenta e, de alguma forma, comunica a alguém. Sá Junior (1988) apresentam uma definição de sintoma e sinal um pouco diferente. Ele discrimina os sintomas objetivos (observados pelo examinador) dos sintomas subjetivos (percebidos apenas pelo paciente). Os sinais, por sua vez, são definidos como *dados elementares das doenças que são provocados (ativamente evocados) pelo examinador* (sinal de Romberg, sinal de Babinski, etc.).

Segundo o lingüista russo Roman Jakobson [1962] (1975), já os antigos estóicos desmembraram o signo em dois elementos básicos: *signans* (o significante) e *signatum* (o significado). Assim, todo signo é constituído por estes dois elementos: o **significante**, que é o suporte material, o veículo do signo; e o **significado**, isto é, aquilo que é designado e que está ausente, o conteúdo do veículo.

De acordo com o filósofo norte-americano Charles S. Peirce [1904] (1974), segundo as relações entre o significado (conteúdo) e o significante (suporte material) de um signo, há três tipos de signos: o ícone, o indicador e o símbolo. O **ícone** é um tipo de signo no qual o elemento significante evoca imediatamente o significado, isso graças a uma grande semelhança entre eles, como se o significante fosse uma "fotografia" do significado. O desenho esquemático no papel de uma casa pode ser considerado um ícone do objeto casa. No caso do **indicador**, ou **índice**, a relação entre o significante e o significado é de contigüidade; o significante é um índice, algo que aponta para o objeto significado. Assim, uma nuvem é um indicador de chuva, e a fumaça, de fogo.

O **símbolo**, por sua vez, é um tipo de signo totalmente diferente do ícone e do indicador; aqui o elemento significante e o objeto ausente (significado) são distintos em aparência e sem relação de contigüidade. Não há qualquer relação direta entre eles; trata-se de uma relação puramente convencional e arbitrária. Entre o conjunto de letras agrupadas "C-A-S-A" e o objeto "casa" não existe qualquer semelhança (visual ou de qualquer outro tipo), o que constitui uma relação totalmente convencional. Por isso, o sentido e o valor de um símbolo dependem necessariamente das relações que este mantém com os outros símbolos do sistema simbólico total; depende, por exemplo, da ausência ou presença de outros símbolos que expressam significados próximos ou antagônicos a ele.

DIMENSÃO DUPLA DO SINTOMA PSICOPATOLÓGICO: INDICADOR E SÍMBOLO AO MESMO TEMPO

Os sintomas médicos e psicopatológicos têm, como signos, uma dimensão dupla. Eles são tanto um índice (indicador) como um símbolo. O sintoma como índice indica uma disfunção que está em outro ponto do organismo ou do aparelho psíquico; porém, aqui a relação do sintoma com a disfunção de base é, em certo sentido, de contigüidade. A febre pode corresponder a uma infecção que induz os leucócitos a liberarem certas citocinas que, por sua ação no hipotálamo, produzem o aumento da temperatura. Assim, o sintoma febre tem determinada relação de contigüidade com o processo infeccioso de base.

Além de tal dimensão de indicador, os sintomas psicopatológicos, ao serem nomeados pelo paciente, por seu meio cultural ou pelo médico, passam a ser "símbolos lingüísticos" no interior de uma linguagem. No momento em que recebe um nome, o sintoma adquire o *status* de símbolo, de signo lingüístico arbitrário, que só pode ser compreendido dentro de um sistema simbólico dado, em determinado universo cultural. Dessa forma, a angústia manifesta-se (e realiza-se) ao mesmo tempo como *mãos geladas, tremores* e *aperto na garganta* (que indicam, p. ex., uma disfunção no sistema nervoso autônomo), e, ao ser tal estado designado como *nervosismo*, *neurose*, *ansiedade* ou *gastura*, passa a receber certo significado simbólico e cultural (por isso, convencional e arbitrário), que só pode ser adequadamente compreendido e interpretado tendo-se como referência um universo cultural específico, um sistema de símbolos determinado.

A semiologia psicopatológica, portanto, cuida especificamente do estudo dos sinais e sintomas produzidos pelos transtornos mentais, signos que sempre contêm essa dupla dimensão.

A semiologia psicopatológica cuida especificamente do estudo dos sinais e sintomas produzidos pelos transtornos mentais, signos que sempre contêm essa dupla dimensão.

DIVISÕES DA SEMIOLOGIA

A semiologia (tanto a médica como a psicopatológica) pode ser dividida em duas grandes subáreas: **semiotécnica** e **semiogênese** (Marques, 1970).

A **semiotécnica** refere-se a técnicas e procedimentos específicos de observação e coleta de sinais e sintomas, assim como à descrição de tais sintomas. No caso dos transtornos mentais, a semiotécnica concentra-se na entrevista direta com o paciente, seus familiares e demais pessoas com as quais convive. A coleta de sinais e sintomas requer a habilidade sutil em formular as perguntas mais adequadas para o estabelecimento de uma relação produtiva e a conseqüente identificação dos signos dos transtornos mentais. Aqui são fundamentais o "como" e o "quando" fazer as perguntas, assim como o modo de interpretar as respostas e a decorrente formulação de novas perguntas. Fundamental, sobretudo para a semiotécnica em psicopatologia, é a observação minuciosa, atenta e perspicaz do comportamento do paciente, do conteúdo de seu discurso e do seu modo de falar, da sua mímica, da postura, da vestimenta, da forma como reage e do seu estilo de relacionamento com o entrevistador, com outros pacientes e com seus familiares.

A **semiogênese**, por sua vez, é o campo de investigação da origem, dos mecanismos, do significado e do valor diagnóstico e clínico dos sinais e sintomas. Finalmente, alguns autores utilizam o termo **propedêutica** médica ou psiquiátrica para designar a semiologia. Propedêutica, de modo geral, é termo empregado em várias áreas do saber para designar o ensino prévio, os conhecimentos preliminares necessários ao início de uma ciência ou filosofia. Prefiro o termo semiologia à propedêutica, mas reconheço que a semiologia psicopatológica (como propedêutica) pode ser concebida como uma ciência preliminar, necessária a todo estudo psicopatológico e prática clínica psiquiátrica.

SÍNDROMES E ENTIDADES NOSOLÓGICAS

Na prática clínica, os sinais e os sintomas não ocorrem de forma aleatória; surgem em certas associações, certos *clusters* mais ou menos freqüentes. Definem-se, portanto, as **síndromes** como agrupamentos relativamente constantes e estáveis de determinados sinais e sintomas. Entretanto, ao se delimitar uma síndrome (como síndrome depressiva, demencial, paranóide, etc.), não se trata ainda da definição e da identificação de causas específicas e de uma natureza essencial do processo patológico. A síndrome é puramente uma definição descritiva de um conjunto momentâneo e recorrente de sinais e sintomas.

Denominam-se **entidades nosológicas**, **doenças** ou **transtornos específicos** os fenômenos mórbidos nos quais podem-se identificar (ou pelo menos presumir com certa consistência) certos **fatores causais** (etiologia), um **curso** relativamente homogêneo, **estados terminais** típicos, **mecanismos psicológicos e psicopatológicos** característicos, **antecedentes genético-familiares** algo específicos e **respostas a tratamentos** mais ou menos previsíveis. Em psicopatologia e psiquiatria, trabalha-se muito mais com síndromes do que com doenças ou transtornos específicos, embora muito esforço tenha sido (há mais de 200 anos!) empreendido no sentido de identificar entidades nosológicas precisas. Cabe lembrar que o reconhecimento dessas entidades não tem apenas um interesse científico ou acadêmico (valor teórico); ele geralmente viabiliza ou facilita o desenvolvimento de procedimentos terapêuticos e preventivos mais eficazes (valor pragmático).

Questões de revisão

- Estabeleça um paralelo entre os conceitos de semiologia, semiologia médica e semiologia psicopatológica.
- Quais os signos de maior interesse para a psicopatologia?
- Explique a dupla dimensão do sintoma psicopatológico.
- Como se subdivide a semiologia médica/psicopatológica?

2

Definição de psicopatologia e ordenação dos seus fenômenos

Um fenômeno é sempre biológico em suas raízes
e social em sua extensão final. Mas nós não nos
devemos esquecer, também, de que,
entre esses dois, ele é mental.

Jean Piaget

Campbell (1986) define a psicopatologia como o ramo da ciência que trata da natureza essencial da doença mental – suas causas, as mudanças estruturais e funcionais associadas a ela e suas formas de manifestação. Entretanto, nem todo estudo psicopatológico segue a rigor os ditames de uma ciência *sensu strictu*. A psicopatologia, em acepção mais ampla, pode ser definida como o conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano. É um conhecimento que se esforça por ser **sistemático**, **elucidativo** e **desmistificante**. Como conhecimento que visa ser científico, não inclui critérios de valor, nem aceita dogmas ou verdades *a priori*. O psicopatólogo não julga moralmente o seu objeto, busca apenas observar, identificar e compreender os diversos elementos da doença mental. Além disso, rejeita qualquer tipo de dogma, seja ele religioso, filosófico, psicológico ou biológico; o conhecimento que busca está permanentemente sujeito a revisões, críticas e reformulações.

O psicopatólogo não julga moralmente o seu objeto, busca apenas observar, identificar e compreender os diversos elementos da doença mental.

O **campo da psicopatologia** inclui um grande número de fenômenos humanos especiais, associados ao que se denominou historicamente de **doença mental**. São vivências, estados mentais e padrões comportamentais que apresentam, por um lado, uma especificidade psicológica (as vivências dos doentes mentais possuem dimensão própria, genuína, não sendo apenas “exageros” do normal) e, por outro, conexões complexas com a psicologia do normal (o mundo da doença mental não é um mundo totalmente estranho ao mundo das experiências psicológicas “normais”).

A psicopatologia tem boa parte de suas raízes na tradição médica (na obra dos grandes clínicos e alienistas do passado), que propiciou, nos últimos dois séculos, a observação prolongada e cuidadosa de um considerável contingente de doentes mentais. Em outra vertente, a psicopatologia nutre-se de uma tradição humanística (filosofia, literatura, artes, psicanálise) que sem-

pre viu na "alienação mental", no *pathos* do sofrimento mental extremo, uma possibilidade excepcionalmente rica de reconhecimento de dimensões humanas que, sem o fenômeno "doença mental", permaneceriam desconhecidas. Apesar de se beneficiar das tradições neurológicas, psicológicas e filosóficas, a psicopatologia não se confunde com a neurologia das chamadas funções corticais superiores (não se resume, portanto, a uma ciência natural dos fenômenos relacionados às zonas associativas do cérebro lesado), nem à hipotética psicologia das funções mentais desviadas. A psicopatologia é, pois, uma ciência autônoma, e não um prolongamento da neurologia ou da psicologia.

Karl Jaspers (1883-1969), um dos principais autores da psicopatologia, afirma que esta é uma ciência básica, que serve de auxílio à psiquiatria, a qual é, por sua vez, um conhecimento aplicado a uma prática profissional e social concreta.

Jaspers é muito claro em relação aos **limites da psicopatologia**: embora o objeto de estudo seja o homem na sua totalidade ("Nosso tema é o homem todo em sua enfermidade." [Jaspers, 1913/1979), os limites da ciência psicopatológica consistem precisamente em que nunca se pode reduzir por completo o ser humano a conceitos psicopatológicos. O domínio da psicopatologia, segundo ele, estende-se a "todo fenômeno psíquico que possa apreender-se em conceitos de significação constantes e com possibilidade de comunicação". Assim, a psicopatologia, como ciência, exige um pensamento rigorosamente conceptual, que seja sistemático e que possa ser comunicado de modo inequívoco. Na prática profissional, entretanto, participam ainda opiniões instintivas, uma intuição pessoal que nunca se pode comunicar. Dessa forma, a ciência psicopatológica é tida como uma das abordagens possíveis do homem mentalmente doente, mas não a única.

Em todo indivíduo, oculta-se algo que não se pode conhecer, pois a ciência requer um pensamento conceitual sistemático, pensamento que cristaliza, torna evidente, mas também aprisiona o conhecimento. Quanto mais conceitualiza, afirma Jaspers, "quanto mais reconhece e caracteriza o típico, o que se acha de acordo com os princípios, tanto mais reconhece que, em todo indivíduo, se oculta algo que não pode conhecer". Assim a psicopatologia sempre perde, obrigatoriamente, aspectos essenciais do homem, sobretudo nas dimensões existenciais, estéticas, éticas e metafísicas. O filósofo Gadamer (1990) postula que:

> diante de uma obra de arte, experimentamos uma verdade inacessível por qualquer outra via; é isso o que constitui o significado filosófico da arte. Da mesma forma que a experiência da filosofia, também a experiência da arte incita a consciência científica a reconhecer seus limites.

Dito de outra forma, não se pode compreender ou explicar tudo o que existe em um homem por meio de conceitos psicopatológicos. Assim, ao se diagnosticar Van Gogh como esquizofrênico (epiléptico, maníaco-depressivo ou qualquer que seja o diagnóstico formulado), ao se fazer uma análise psicopatológica de sua biografia, isso nunca explicará totalmente sua vida e sua obra. Sempre resta algo que transcende à psicopatologia e mesmo à ciência, permanecendo no domínio do mistério.

FORMA E CONTEÚDO DOS SINTOMAS

Em geral, quando se estudam os sintomas psicopatológicos, dois aspectos básicos costumam ser enfocados: a **forma dos sintomas**, isto é, sua estrutura básica, relativamente semelhante nos diversos pacientes (alucinação, delírio, idéia obsessiva, labilidade afetiva, etc.), e seu **conteúdo**, ou seja, aquilo que preenche a alteração estru-

tural (conteúdo de culpa, religioso, de perseguição, etc.). Este último é geralmente mais pessoal, dependendo da história de vida do paciente, de seu universo cultural e da personalidade prévia ao adoecimento.

De modo geral, os conteúdos dos sintomas estão relacionados aos **temas centrais da existência humana**, tais como sobrevivência e segurança, sexualidade, temores básicos (morte, doença, miséria, etc.), religiosidade, entre outros. Esses temas representam uma espécie de substrato, que entra como ingrediente fundamental na constituição da experiência psicopatológica. Nesse sentido, é apresentado a seguir um esquema simplificado de temas e temores básicos do ser humano (Quadros 2.1 e 2.2).

A ORDENAÇÃO DOS FENÔMENOS EM PSICOPATOLOGIA

O estudo da doença mental, como o de qualquer outro objeto, inicia pela observação cuidadosa de suas manifestações. A observação articula-se dialeticamente com a ordenação dos fenômenos. Isso significa que, para observar, também é preciso produzir, definir, classificar, interpretar e ordenar o observado em determinada perspectiva, seguindo certa lógica.

O estudo da doença mental, como o de qualquer outro objeto, inicia pela observação cuidadosa de suas manifestações.

Quadro 2.1
Temas existenciais que freqüentemente se expressam no conteúdo dos sintomas psicopatológicos

Temas e interesses centrais para o ser humano	O que busca e deseja
Sexo Alimentação Conforto físico	Sobrevivência e prazer
Dinheiro Poder Prestígio	Segurança e controle sobre o outro

Quadro 2.2
Temores que freqüentemente se expressam no conteúdo dos sintomas psicopatológicos

Temores centrais do ser humano	Formas comuns de lidar com tais temores
Morte	Religião/mundo místico Continuidade através das novas gerações
Ter uma doença grave Sofrer dor física ou moral Miséria	Vias mágicas/medicina/psicologia, etc.
Falta de sentido existencial	Relações pessoais significativas Cultura

Assim, desde Aristóteles, o problema da **classificação** está intimamente ligado ao da definição e do conhecimento de modo geral. Segundo ele, definir é indicar o gênero próximo e a diferença específica. Isso quer dizer que definir é, por um lado, afirmar a que o fenômeno definido se assemelha, do que é aparentado, com o que deve ser agrupado e, por outro, identificar do que ele se diferencia, a que é estranho ou oposto. Portanto, na linha aristotélica, o problema da classificação é **a questão da unidade** e **da variedade** dos fatos e dos conhecimentos que sobre eles são produzidos.

Classicamente, distinguem-se três tipos de fenômenos humanos para a psicopatologia:

1. **Fenômenos semelhantes** em todas as pessoas. De modo geral, todo homem sente fome, sede ou sono. Aqui se inclui o medo de um animal perigoso, a ansiedade perante uma prova difícil, o desejo por uma pessoa amada, etc. Embora haja uma qualidade pessoal própria para cada ser humano, essas experiências são basicamente semelhantes para todos.
2. **Fenômenos em parte semelhantes e em parte diferentes**. São fenômenos que o homem comum experimenta, mas apenas em parte são semelhantes aos que o doente mental vivencia. Assim, todo homem comum pode sentir tristeza; mas a alteração profunda, avassaladora, que um paciente com depressão psicótica experimenta é apenas parcialmente semelhante à tristeza normal. A depressão grave, por exemplo, com idéias de ruína, lentificação psicomotora, apatia, etc., introduz algo qualitativamente novo na experiência humana.
3. **Fenômenos qualitativamente novos, diferentes**. São praticamente próprios apenas a certas doenças e estados mentais. Aqui incluem-se fenômenos psicóticos, como alucinações, delírios, turvação da consciência, alteração da cognição nas demências, entre outros.

Questões de revisão

- Defina psicopatologia e comente suas origens e seu campo de atuação.
- Discuta os dois aspectos básicos dos sintomas psicopatológicos: forma e conteúdo.
- Relacione os temas centrais da existência humana com o conteúdo dos sintomas psicopatológicos.
- Descreva a ordenação dos fenômenos psicopatológicos em semelhantes, parcialmente semelhantes e qualitativamente novos.

3

O conceito de normalidade em psicopatologia

> Que é loucura: ser cavaleiro andante
> ou segui-lo como escudeiro?
> De nós dois, quem o louco verdadeiro?
> O que, acordado, sonha doidamente?
> O que, mesmo vendado,
> vê o real e segue o sonho
> de um doido pelas bruxas embruxado?
>
> *Carlos Drummond de Andrade*
> (Quixote e Sancho de Portinari*, 1974)*

O conceito de saúde e de normalidade em psicopatologia é questão de grande controvérsia.

O conceito de saúde e de normalidade em psicopatologia é questão de grande controvérsia (Almeida Filho, 2000). Obviamente, quando se trata de casos extremos, cujas alterações comportamentais e mentais são de intensidade acentuada e de longa duração, o delineamento das fronteiras entre o normal e o patológico não é tão problemático. Entretanto, há muitos casos limítrofes, nos quais a delimitação entre comportamentos e formas de sentir normais e patológicas é bastante difícil. Nessas situações, o conceito de normalidade em saúde mental ganha especial relevância. Aliás, o problema não é exclusivo da psicopatologia, mas de toda a medicina (Almeida Filho, 2001); tome-se como exemplo a questão da delimitação dos níveis de tensão arterial para a determinação de hipertensão ou de glicemia, na definição do diabete. Esse problema foi cuidadosamente estudado pelo filósofo e médico francês Georges Canguilhem (1978) cujo livro *O normal e o patológico* tornou-se indispensável em tal discussão.

O conceito de normalidade em psicopatologia também implica a própria definição do que é saúde e doença mental. Esses temas apresentam desdobramentos em várias áreas da saúde mental. Por exemplo:

1. **Psiquiatria legal ou forense**. A determinação de anormalidade psicopatológica pode ter importantes implicações legais, criminais e éticas, podendo definir o

destino social, institucional e legal de uma pessoa.

2. **Epidemiologia psiquiátrica**. Neste caso, a definição de normalidade é tanto um problema como um objeto de trabalho e pesquisa. A epidemiologia, inclusive, pode contribuir para a discussão e o aprofundamento do conceito de normalidade em saúde.
3. **Psiquiatria cultural e etnopsiquiatria**. Aqui o conceito de normalidade é tema importante de pesquisas e debates. De modo geral, o conceito de normalidade em psicopatologia impõe a análise do contexto sociocultural; exige necessariamente o estudo da relação entre o fenômeno supostamente patológico e o contexto social no qual tal fenômeno emerge e recebe este ou aquele significado cultural.
4. **Planejamento em saúde mental e políticas de saúde**. Nesta área, é preciso estabelecer critérios de normalidade, principalmente no sentido de verificar as demandas assistenciais de determinado grupo populacional, as necessidades de serviços, quais e quantos serviços devem ser colocados à disposição desse grupo, etc.
5. **Orientação e capacitação profissional**. São importantes na definição de capacidade e adequação de um indivíduo para exercer certa profissão, manipular máquinas, usar armas, dirigir veículos, etc. Como, por exemplo, o caso de indivíduos com déficits cognitivos e que desejam dirigir veículos, pessoas psicóticas que querem portar armas, ou sujeitos com crises epilépticas que manipulam máquinas perigosas, etc.
6. **Prática clínica**. É muito importante a capacidade de discriminar, no processo de avaliação e intervenção clínica, se tal ou qual fenômeno é patológico ou normal, se faz parte de um momento existencial do indivíduo ou é algo francamente patológico.

CRITÉRIOS DE NORMALIDADE

Há vários critérios de normalidade e anormalidade em medicina e psicopatologia. A adoção de um ou outro depende, entre outras coisas, de opções filosóficas, ideológicas e pragmáticas do profissional (Canguilhem, 1978). Os principais critérios de normalidade utilizados em psicopatologia são:

1. **Normalidade como ausência de doença**. O primeiro critério que geralmente se utiliza é o de saúde como "ausência de sintomas, de sinais ou de doenças". Segundo expressiva formulação de René Leriche (1936): "a saúde é a vida no silêncio dos órgãos". Normal, do ponto de vista psicopatológico, seria, então, aquele indivíduo que simplesmente não é portador de um transtorno mental definido. Tal critério é bastante falho e precário, pois, além de redundante, baseia-se em uma "definição negativa", ou seja, defini-se a normalidade não por aquilo que ela supostamente é, mas, sim, por aquilo que ela não é, pelo que lhe falta (Almeida Filho; Jucá, 2002).
2. **Normalidade ideal**. A normalidade aqui é tomada como uma certa "utopia". Estabelece-se arbitrariamente uma norma ideal, o que é supostamente "sadio", mais "evoluído". Tal norma é, de fato, socialmente constituída e referendada. Depende, portanto, de critérios socioculturais e ideológicos arbitrá-

rios, e, às vezes, dogmáticos e doutrinários. Exemplos de tais conceitos de normalidade são aqueles com base na adaptação do indivíduo às normas morais e políticas de determinada sociedade (como nos casos do macarthismo nos EUA e do pseudodiagnóstico de dissidentes políticos como doentes mentais na antiga União Soviética).

3. **Normalidade estatística**. A normalidade estatística identifica norma e freqüência. Trata-se de um conceito de normalidade que se aplica especialmente a fenômenos quantitativos, com determinada distribuição estatística na população geral (como peso, altura, tensão arterial, horas de sono, quantidade de sintomas ansiosos, etc.). O normal passa a ser aquilo que se observa com mais freqüência. Os indivíduos que se situam estatisticamente fora (ou no extremo) de uma curva de distribuição normal passam, por exemplo, a ser considerados anormais ou doentes. É um critério muitas vezes falho em saúde geral e mental, pois nem tudo o que é freqüente é necessariamente "saudável", e nem tudo que é raro ou infreqüente é patológico. Tomem-se como exemplo fenômenos como as cáries dentárias, a presbiopia, os sintomas ansiosos e depressivos leves, o uso pesado de álcool, fenômenos estes que podem ser muito freqüentes, mas que evidentemente não podem, *a priori*, ser considerados normais ou saudáveis.
4. **Normalidade como bem-estar**. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1946) definiu, em 1946, a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como ausência de doença. É um conceito criticável por ser muito vasto e impreciso, pois bem-estar é algo difícil de se definir objetivamente. Além disso, esse completo bem-estar físico, mental e social é tão utópico que poucas pessoas se encaixariam na categoria "saudáveis".
5. **Normalidade funcional**. Tal conceito baseia-se em aspectos funcionais e não necessariamente quantitativos. O fenômeno é considerado patológico a partir do momento em que é disfuncional, produz **sofrimento** para o próprio indivíduo ou para o seu grupo social.
6. **Normalidade como processo**. Neste caso, mais que uma visão estática, consideram-se os aspectos dinâmicos do desenvolvimento psicossocial, das desestruturações e das reestruturações ao longo do tempo, de crises, de mudanças próprias a certos períodos etários. Esse conceito é particularmente útil em psiquiatria infantil, de adolescentes e geriátrica.
7. **Normalidade subjetiva**. Aqui é dada maior ênfase à percepção subjetiva do próprio indivíduo em relação a seu estado de saúde, às suas vivências subjetivas. O ponto falho desse critério é que muitas pessoas que se sentem bem, "muito saudáveis e felizes", como no caso de sujeitos em fase maníaca, apresentam, de fato, um transtorno mental grave.
8. **Normalidade como liberdade**. Alguns autores de orientação fenomenológica e existencial propõem conceituar a doença mental como perda da liberdade existencial (p. ex., Henri Ey). Dessa forma, a saúde mental se vincularia

às possibilidades de transitar com graus distintos de liberdade sobre o mundo e sobre o próprio destino. A doença mental é constrangimento do ser, é fechamento, fossilização das possibilidades existenciais. Dentro desse espírito, o psiquiatra gaúcho Cyro Martins (1981) afirmava que a saúde mental poderia ser vista, até certo ponto, como a possibilidade de dispor de "senso de realidade, senso de humor e de um sentido poético perante a vida", atributos estes que permitiriam ao indivíduo "relativizar" os sofrimentos e as limitações inerentes à condição humana e, assim, desfrutar do resquício de liberdade e prazer que a existência oferece.

9. **Normalidade operacional**. Tratase de um critério assumidamente arbitrário, com finalidades pragmáticas explícitas. Define-se, *a priori*, o que é normal e o que é patológico e busca-se trabalhar operacionalmente com esses conceitos, aceitando as conseqüências de tal definição prévia.

Portanto, de modo geral, pode-se concluir que os critérios de normalidade e de doença em psicopatologia variam consideravelmente em função dos fenômenos específicos com os quais se trabalha e, também, de acordo com as opções filosóficas do profissional. Além disso, em alguns casos, pode-se utilizar a associação de vários critérios de normalidade ou doença, de acordo com o objetivo que se tem em mente. De toda forma, essa é uma área da psicopatologia que exige postura permanentemente crítica e reflexiva dos profissionais.

Questões de revisão

- Que áreas da saúde mental estão relacionadas com e implicadas no conceito de normalidade em psicopatologia?
- Quais são os principais critérios de normalidade interligados em psicopatologia e quais suas "forças" e "debilidades"?

4

Os principais campos e tipos de psicopatologia

Umas das principais características da psicopatologia, como campo de conhecimento, é a multiplicidade de abordagens e referenciais teóricos que tem incorporado nos últimos 200 anos.

Umas das principais características da psicopatologia, como campo de conhecimento, é a multiplicidade de abordagens e referenciais teóricos que tem incorporado nos últimos 200 anos. Tal multiplicidade é vista por alguns como "debilidade" científica, como prova de sua imaturidade. Os psicopatólogos são criticados por essa diversidade de "explicações" e teorias, por seu aspecto híbrido em termos epistemológicos.

Dizem alguns que, quando se conhece realmente algo, se tem apenas uma teoria que explica cabalmente os fatos; quando não se conhece a realidade que se estuda, são construídas centenas de teorias conflitantes. Discordo de tal visão; querer uma única "explicação", uma única concepção teórica, que resolva todos os problemas e dúvidas de uma área tão complexa e multifacetada como a psicopatologia é impor uma solução simplista e artificial, que deformaria o fenômeno psicopatológico. A psicopatologia é, por natureza e destino histórico, um campo de conhecimento que requer debate constante e aprofundado. Aqui o conflito de idéias não é uma debilidade, mas uma necessidade. Não se avança em psicopatologia negando e anulando diferenças conceituais e teóricas; evolui-se, sim, pelo esforço de esclarecimento e aprofundamento de tais diferenças, em discussão aberta, desmistificante e honesta.

A seguir, são apresentadas algumas das principais correntes da psicopatologia, dispostas de forma arbitrária, por motivos estritamente didáticos, em pares antagônicos.

PSICOPATOLOGIA DESCRITIVA *VERSUS* PSICOPATOLOGIA DINÂMICA

Para a **psiquiatria descritiva**, interessa fundamentalmente a **forma** das alterações psíquicas, a estrutura dos sintomas, aquilo que caracteriza a vivência patológica como sintoma mais ou menos típico. Já para a **psiquiatria dinâmica**, interessa o **conteúdo** da vivência, os movimentos internos de afetos, desejos e temores do indivíduo, sua experiência particular, pessoal, não necessariamente classificável em sintomas pre-

viamente descritos. A boa prática em saúde mental implica a combinação hábil e equilibrada de uma abordagem descritiva, diagnóstica e objetiva e uma abordagem dinâmica, pessoal e subjetiva do doente e de sua doença.

Assim, logo na introdução de seu tratado de psiquiatria, Bleuler (1985, p. 1) afirma que:

> Quando um médico se defronta com a grande tarefa de ajudar uma pessoa psiquicamente enferma, vê à sua frente dois caminhos: ele pode registrar o que é mórbido. Irá, então, a partir dos sintomas da doença, concluir pela existência de um dos quadros mórbidos impessoais que foram descritos. [...] Ou pode trilhar outro caminho: pode escutar o doente como se fosse um amigo de confiança. Nesse caso, dirigirá a sua atenção menos para constatar o que é mórbido, para anotar sintomas psicopatológicos e, a partir disso, chegar a um diagnóstico impessoal, e mais para tentar compreender uma pessoa humana na sua singularidade e covivenciar suas aflições, seus temores, seus desejos e suas expectativas pessoais.

PSICOPATOLOGIA MÉDICA *VERSUS* PSICOPATOLOGIA EXISTENCIAL

A **perspectiva médico-naturalista** trabalha com uma noção de homem centrada no corpo, no ser biológico como espécie natural e universal. Assim, o adoecimento mental é visto como um mau funcionamento do cérebro, uma desregulação, uma disfunção de alguma parte do "aparelho biológico". Já na **perspectiva existencial**, o doente é visto principalmente como "existência singular", como ser lançado a um mundo que é apenas natural e biológico na sua dimensão elementar, mas que é fundamentalmente histórico e humano. O ser é construído por meio da experiência particular de cada sujeito, na sua relação com outros sujeitos, na abertura para a construção de cada destino pessoal. A doença mental, nessa perspectiva, não é vista tanto como disfunção biológica ou psicológica, mas, sobretudo, como um modo particular de existência, uma forma trágica de ser no mundo, de construir um destino, um modo particularmente doloroso de ser com os outros.

PSICOPATOLOGIA COMPORTAMENTAL-COGNITIVISTA *VERSUS* PSICOPATOLOGIA PSICANALÍTICA

Na **visão comportamental**, o homem é visto como um conjunto de comportamentos observáveis, verificáveis, que são regulados por estímulos específicos e gerais, e por certas leis e determinantes do aprendizado. Associada a essa visão, a **perspectiva cognitivista** centra atenção sobre as representações cognitivas conscientes de cada indivíduo. As representações conscientes seriam vistas como essenciais ao funcionamento mental, normal e patológico. Os sintomas resultam de comportamentos e representações cognitivas disfuncionais, aprendidas e reforçadas pela experiência sociofamiliar.

Em contraposição, na **visão psicanalítica**, o homem é visto como ser "determinado", dominado, por forças, desejos e conflitos inconscientes. A psicanálise dá grande importância aos afetos, que, segundo ela, dominam o psiquismo; o homem racional, autocontrolado, senhor de si e de seus desejos, é, para ela, uma enorme ilusão. Na visão psicanalítica, os sintomas e síndromes mentais são considerados formas de expressão de conflitos, predominantemente inconscientes, de desejos que não podem ser realizados, de temores aos quais o indivíduo não tem acesso. O sintoma é encarado, nesse caso, como uma "forma-

ção de compromisso", um certo arranjo entre o desejo inconsciente, as normas e as permissões culturais e as possibilidades reais de satisfação desse desejo. A resultante desse emaranhado de forças, dessa "trama conflitiva" inconsciente, é o que se identifica como sintoma psicopatológico.

PSICOPATOLOGIA CATEGORIAL *VERSUS* PSICOPATOLOGIA DIMENSIONAL

As entidades nosológicas ou transtornos mentais específicos podem ser compreendidos como entidades completamente individualizadas, com contornos e fronteiras bem-demarcados. As categorias diagnósticas seriam "espécies únicas", tal qual espécies biológicas, cuja identificação precisa constituiria uma das tarefas da psicopatologia. Assim, entre a esquizofrenia e os transtornos afetivos bipolares e os delirantes, haveria, por exemplo, uma fronteira nítida, configurando-os como entidades ou categorias diagnósticas diferentes e discerníveis na sua natureza básica. Em contraposição a essa visão "categorial", alguns autores propõem uma perspectiva "dimensional" em psicopatologia, que seria hipoteticamente mais adequada à realidade clínica. Haveria, então, dimensões como, por exemplo, o espectro esquizofrênico, que incluiria desde formas muito graves, tipo "demência precoce" (com grave deterioração da personalidade, embotamento afetivo, muitos sintomas residuais), formas menos deteriorantes de esquizofrenia, formas com sintomas afetivos, chegando até um outro pólo, de transtornos afetivos, incluindo formas com sintomas psicóticos até formas puras de depressão e mania (hipótese esta que se relaciona à antiga noção de *psicose unitária*).

Algumas polaridades dimensionais em psicopatologia seriam, por exemplo:

Esquizofrenia deficitária / Esquizofrenia benigna / Psicoses esquizoafetivas / Transtornos afetivos com sintomas psicóticos / Transtornos afetivos menores

ou

Depressões graves (estupor, psicótica) / Depressão bipolar / Depressões moderadas / Distimia / Personalidade depressiva / Depressão subclínica.

PSICOPATOLOGIA BIOLÓGICA *VERSUS* PSICOPATOLOGIA SOCIOCULTURAL

A **psicopatologia biológica** enfatiza os aspectos cerebrais, neuroquímicos ou neurofisiológicos das doenças e dos sintomas mentais. A base de todo transtorno mental são alterações de mecanismos neurais e de determinadas áreas e circuitos cerebrais. Nesse sentido, o aforismo do psiquiatra alemão Griesinger (1845) resume bem essa perspectiva: "doenças mentais são (de fato) doenças cerebrais". Em contraposição, a perspectiva sociocultural visa estudar os transtornos mentais como comportamentos desviantes que surgem a partir de certos fatores socioculturais, como discriminação, pobreza, migração, estresse ocupacional, desmoralização sociofamiliar, etc. Os sintomas e os transtornos devem ser estudados, segundo essa visão, no seu contexto eminentemente sociocultural, simbólico e histórico. É nesse contexto de normas, valores e símbolos culturalmente construídos que os sintomas recebem seu significado, e, portanto, poderiam ser precisamente estudados e tratados. Mais que isso, a cultura, em tal perspectiva, é elemento fundamental na própria determinação do que é normal ou patológico, na constituição dos transtornos e nos repertórios terapêuticos disponíveis em cada sociedade.

PSICOPATOLOGIA OPERACIONAL-PRAGMÁTICA *VERSUS* PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

Na **visão operacional-pragmática**, as definições básicas de transtornos mentais e sintomas são formuladas e tomadas de modo arbitrário, em função de sua utilidade pragmática, clínica ou orientada à pesquisa. Não são questionados a natureza da doença ou do sintoma e tampouco os fundamentos filosóficos ou antropológicos de determinada definição. Trata-se do modelo adotado pelas modernas classificações de transtornos mentais; o DSM-IV, norte-americano, e a CID-10, da OMS. Por sua vez, o projeto de psicopatologia fundamental, proposto pelo psicanalista francês Pierre Fedida, visa centrar a atenção da pesquisa psicopatológica sobre os fundamentos de cada conceito psicopatológico. Além disso, tal psicopatologia dá ênfase à noção de doença mental como *pathos*, que significa sofrimento, paixão e passividade. O *pathos*, diz Berlinck (1977), é um sofrimento-paixão que, ao ser narrado a um interlocutor, em certas condições, pode ser transformado em experiência e enriquecimento.

Questões de revisão

- Cite e defina oito correntes da psicopatologia.
- Discuta as principais diferenças entre a psicopatologia médica e a existencial, assim como entre a psicopatologia categorial e a dimensional.

5

Princípios gerais do diagnóstico psicopatológico

Discute-se muito sobre o valor e os limites do diagnóstico psiquiátrico. Pode-se identificar, inclusive, duas posições extremas. A primeira afirma que o diagnóstico em psiquiatria não tem valor algum, pois cada pessoa é uma realidade única e inclassificável. O diagnóstico psiquiátrico apenas serviria para rotular as pessoas diferentes, excêntricas, permitindo e legitimando o poder médico, o controle social sobre o indivíduo desadaptado ou questionador. Essa crítica é particularmente válida nos regimes políticos totalitários, quando se utilizou o diagnóstico psiquiátrico para punir e excluir pessoas dissidentes ou opositoras ao regime. A segunda, em defesa do diagnóstico psiquiátrico, sustenta que o valor e o lugar do diagnóstico em psiquiatria são absolutamente semelhantes ao valor e ao lugar do diagnóstico nas outras especialidades médicas. O diagnóstico, nessa visão, é o elemento principal e mais importante da prática psiquiátrica.

A posição deste autor é a de que, apesar de ser absolutamente imprescindível considerar os aspectos pessoais, singulares de cada indivíduo, sem um diagnóstico psicopatológico aprofundado não se pode nem compreender adequadamente o paciente e seu sofrimento, nem escolher o tipo de estratégia terapêutica mais apropriado.

A favor dessa visão pró-diagnóstico, está a afirmação de Aristóteles (1973), logo nas primeiras páginas do livro alpha de sua *Metafísica*:

> A arte aparece quando, de um complexo de noções experimentadas, se exprime um único juízo universal dos casos semelhantes. Com efeito, ter a noção de que a Cálias, atingido de tal doença, tal remédio deu alívio, e a Sócrates também, e, da mesma maneira, a outros tomados singularmente, é da experiência; mas julgar que tenha aliviado a todos os semelhantes, determinados segundo uma única espécie, atingidos de tal doença, como os fleumáticos, os biliosos ou os incomodados por febre ardente, isso é da arte. [...] E isso porque a experiência é conhecimento dos singulares, e a arte, dos universais.

Entretanto, é bom lembrar que o próprio Aristóteles defende que somente o individual é real; o que se tem é acesso direto apenas aos objetos concretos e particulares. O universal, afirmava o filósofo, não existe na natureza, apenas no espírito humano, que capta e constitui as "idéias" a

partir do processo de abstração e generalização. Assim Aristóteles prossegue:

> Portanto, quem possua a noção sem a experiência, e conheça o universal ignorando o particular nele contido, enganar-se-á muitas vezes no tratamento, porque o objeto da cura é, de preferência, o singular. No entanto, nós julgamos que há mais saber e conhecimento na arte do que na experiência, e consideramos os homens de arte mais sábios que os empíricos, visto a sabedoria acompanhar em todos, de preferência, o saber. Isso porque uns conhecem a causa, e os outros não.

Há, no processo diagnóstico, uma relação dialética permanente entre o particular, individual, e o geral, universal.

Assim, há, no processo diagnóstico, uma relação dialética permanente entre o particular, individual (aquele paciente específico, aquela pessoa em especial), e o geral, universal (categoria diagnóstica à qual essa pessoa pertence). Portanto, não se deve esquecer: os diagnósticos são idéias (constructos), fundamentais para o trabalho científico, para o conhecimento do mundo, mas não objetos reais e concretos.

Tanto na natureza como na esfera humana, podem-se distinguir três grupos de fenômenos em relação à possibilidade de classificação:

1. **Aspectos e fenômenos encontrados em todos os seres humanos**. Tais fenômenos fazem parte de uma categoria ampla demais para a classificação, sendo pouco útil o seu estudo taxonômico. De modo geral, em todos os indivíduos a privação das horas de sono causa sonolência, e a restrição alimentar, fome; ou seja, são fenômenos triviais que não despertam grande interesse à psicopatologia.
2. **Aspectos e fenômenos encontrados em algumas pessoas, mas não em todas**.
   Estes são os fenômenos de maior interesse para a classificação diagnóstica em psicopatologia. Aqui, situam-se a maioria dos sinais, sintomas e transtornos mentais.
3. **Aspectos e fenômenos encontrados em apenas um ser humano em particular**.
   Tais fenômenos, embora de interesse para a compreensão do ser humano, são restritos demais, e de difícil classificação e agrupamento, tendo maior interesse os seus aspectos antropológicos, existenciais e estéticos que propriamente taxonômicos.
   De modo geral, pode-se afirmar que o diagnóstico só é útil e válido se for visto como algo mais que simplesmente rotular o paciente. Esse tipo de utilização do diagnóstico psiquiátrico seria uma forma precária, questionável e não propriamente científica. Funcionaria apenas como estímulo a preconceitos que devem ser combatidos. A legitimidade do diagnóstico psiquiátrico sustenta-se na perspectiva de aprofundar o conhecimento, tanto do indivíduo em particular como das entidades nosológicas utilizadas. Isso permite o avanço da ciência, a antevisão de um prognóstico e o estabelecimento de ações terapêuticas e preventivas mais eficazes. Além disso, o diagnóstico possibilita a comunicação mais precisa entre profissionais e pesquisadores. Sem o diagnóstico, haveria apenas a descrição de aspectos unicamente individuais, que, embora de interesse humano, são ainda insuficientes para o desenvolvimento científico

da psicopatologia (revisões sobre a questão do diagnóstico em psicopatologia em Leme Lopes, 1980; Pichot, 1994; Abdo, 1996).

Do ponto de vista clínico e específico da psicopatologia, embora o processo diagnóstico em psiquiatria siga os princípios gerais das ciências médicas, há certamente alguns aspectos particulares que devem ser aqui apresentados:

1. O diagnóstico de um transtorno psiquiátrico é quase sempre **baseado preponderantemente nos dados clínicos**. Dosagens laboratoriais, exames de neuroimagem estrutural (tomografia, ressonância magnética, etc.) e funcional (SPECT, PET, mapeamento por EEG, etc.), testes psicológicos ou neuropsicológicos auxiliam de forma muito importante, principalmente para o diagnóstico diferencial entre um transtorno psiquiátrico primário (esquizofrenia, depressão primária, etc.) e uma doença neurológica (encefalites, tumores, doenças vasculares, etc.) ou sistêmica. É importante ressaltar, entretanto, que os exames complementares (semiotécnica armada) não substituem o essencial do diagnóstico psicopatológico: uma história bem-colhida e um exame psíquico minucioso, ambos interpretados com habilidade.
2. **O diagnóstico psicopatológico**, com exceção dos quadros psico-orgânicos (*delirium*, demências, síndromes focais, etc.), **não é, de modo geral, baseado em possíveis mecanismos etiológicos supostos pelo entrevistador**. Baseia-se principalmente no perfil de sinais e sintomas apresentados pelo paciente na história da doença e no momento da entrevista. Por exemplo, ao ouvir do paciente ou familiar uma história de vida repleta de sofrimentos, fatos emocionalmente dolorosos ocorridos pouco antes do eclodir dos sintomas, a tendência natural é estabelecer o diagnóstico de um transtorno psicogênico, como "psicose psicogênica", "histeria", "depressão reativa", etc. Mas isso pode ser um equívoco. A maioria dos quadros psiquiátricos, sejam eles de etiologia "psicogênica", "endogenética" ou mesmo "orgânica", surge após eventos estressantes da vida. Além disso, é freqüente que o próprio eclodir dos sintomas psicopatológicos contribua para o desencadeamento de eventos da vida (como perda do cônjuge, separações, perda de emprego, brigas familiares, etc.). Muitas vezes o raciocínio diagnóstico baseado em pressupostos etiológicos mais confunde que esclarece. Deve-se, portanto, manter **duas linhas paralelas de raciocínio clínico**; uma linha **diagnóstica**, baseada fundamentalmente na **cuidadosa descrição evolutiva e atual dos sintomas** que de fato o paciente apresenta, e uma linha **etiológica**, que busca, na totalidade de dados biológicos, psicológicos e sociais, uma formulação hipotética plausível sobre os possíveis fatores etiológicos envolvidos no caso.
3. De modo geral, **não existem sinais ou sintomas psicopatológicos totalmente específicos** de determinado transtorno mental. Além disso, não há sintomas patognomônicos em psiquiatria, como afirma Emil Kraepelin [1913] (1996):

Infelizmente não existe, no domínio dos distúrbios psíquicos, **um único**

sintoma mórbido que seja totalmente característico de uma enfermidade [...] devemos evitar atribuir importância característica a um único fenômeno mórbido. [...] O que quase nunca é produzido totalmente de forma idêntica pelos diferentes transtornos mentais é o **quadro total**, incluindo o desenvolvimento dos sintomas, o curso e o desenlace final da doença.

Portanto, o diagnóstico psicopatológico repousa sobre a totalidade dos dados clínicos, momentâneos (exame psíquico) e evolutivos (anamnese, história dos sintomas e evolução do transtorno). É essa totalidade clínica que, detectada, avaliada e interpretada com conhecimento (teórico e científico) e habilidade (clínica e intuitiva), conduz ao diagnóstico psicopatológico.

4. **O diagnóstico psicopatológico é**, em inúmeros casos, **apenas possível com a observação do curso da doença**. Dessa forma, o padrão evolutivo de determinado quadro clínico obriga o psicopatólogo a repensar e refazer continuamente o seu diagnóstico. Uma das funções do diagnóstico em medicina é prever e prognosticar a evolução e o desfecho da doença (o diagnóstico deve indicar o prognóstico). Porém, às vezes, isso se inverte no contexto da psiquiatria. Não é incomum que o prognóstico, a evolução do caso, obrigue o clínico a reformular o seu diagnóstico inicial.
5. Como salientou o psiquiatra brasileiro José Leme Lopes, em 1954, **o diagnóstico psiquiátrico deve ser sempre pluridimensional**. Várias dimensões clínicas e psicossociais devem ser incluídas para uma formulação diagnóstica completa: identifica-se um transtorno psiquiátrico como a esquizofrenia, a depressão, a histeria, a dependência ao álcool, etc., diagnosticam-se condições ou doenças físicas associadas (hipertensão, cirrose hepática, cardiopatias, etc.) e avaliam-se a personalidade e o nível intelectual desse doente, a sua rede de apoio social, além de fatores ambientais protetores ou desencadeantes. O sistema norte-americano DSM, desde o início dos anos 1980, tem enfatizado a importância da formulação diagnóstica em vários eixos. Também é sumamente importante o esforço para a **formulação dinâmica do caso** (conflitos conscientes e inconscientes implicados no caso específico, mecanismos de defesa, ganho secundário, aspectos transferenciais, etc.) e a **formulação diagnóstica cultural** (símbolos e linguagem cultural específica para aquele paciente, representações sociais, valores, rituais, religiosidade, etc.).
6. **Confiabilidade e validade do diagnóstico em psiquiatria.** A **confiabilidade** (***reliability***) de um procedimento diagnóstico (técnica de entrevista padronizada, escala, teste, diferentes entrevistadores, etc.) diz respeito à capacidade desse procedimento produzir, em relação a um mesmo indivíduo ou para pacientes de um mesmo grupo diagnóstico, em circunstâncias diversas, o mesmo diagnóstico. Ao mudar diferentes aspectos do processo de avaliação (avaliador ou momento de avaliação), o resultado final permanece o mesmo. Assim, quando a avaliação é feita por examinadores distintos (*interrater reliability*) ou em diferentes momentos (*test-retest reliability*), ob-

tém-se o mesmo diagnóstico. Tem-se um indicador de reprodutibilidade do diagnóstico. A **validade** (*validity*) diz respeito à capacidade de um procedimento diagnóstico conseguir captar, identificar ou medir aquilo que realmente se propõe a reconhecer. Para saber se um novo procedimento diagnóstico é válido, é preciso compará-lo com outro procedimento diagnóstico prévio ("padrão ouro"), que seja bem-aceito e reconhecido como mais acurado, capaz de identificar

Quadro 5.1

O diagnóstico pluridimensional em saúde mental (com base no sistema multiaxial do DSM-IV, acrescentando-se a dimensão psicodinâmica e cultural)

Exemplos de formulação diagnóstica
Eixo 1. Diagnóstico do Transtorno Mental Esquizofrenia paranóide, episódio depressivo grave, dependência ao álcool, anorexia nervosa, etc.
Eixo 2. Diagnóstico de Personalidade e do Nível Intelectual Personalidade histriônica, personalidade *borderline*, etc., retardo mental leve, retardo mental grave, etc.
Eixo 3. Diagnóstico de Distúrbios Somáticos Associados Diabete, hipertensão arterial, cirrose hepática, infecção urinária, etc.
Eixo 4. Problemas Psicossociais e Eventos da Vida Desencadeantes ou Associados Morte de uma pessoa próxima, separação, falta de apoio social, viver sozinho, desemprego, pobreza extrema, detenção, exposição a desastres, etc.
Eixo 5. Avaliação Global do Nível de Funcionamento Psicossocial Bom funcionamento familiar e ocupacional, incapacidade de realizar a própria higiene, não sabe lidar com dinheiro, dependência de familiares ou serviços sociais nas atividades sociais ou na vida diária, etc.
Formulação Psicodinâmica do Caso Que conflitos afetivos são mais importantes neste paciente? Conflitos relativos à sexualidade? Dinâmica afetiva da família? Conflitos relativos à identidade psicossocial? Que tipo de transferência o paciente estabelece com os profissionais de saúde? Que sentimentos contratransferenciais desperta nos profissionais que o tratam? Que mecanismos de defesa utiliza preponderantemente? Qual o padrão relacional do paciente? Qual a estrutura psicopatológica, do ponto de vista psicanalítico (estrutura neurótica, obsessiva, histérica, fóbica, etc.; estrutura psicótica; estrutura "perversa", "autista", etc.)?
Formulação Cultural do Caso Como é o meio sociocultural atual do paciente (bairro de periferia, favela, morador de rua, de uma instituição, etc.)? Como o paciente e seu meio cultural concebem e representam o problema? Quais as suas teorias etiológicas e de cura? Como é a identidade étnica e cultural do paciente? Qual e como é sua religiosidade? Como o paciente e seu meio cultural encaram o diagnóstico e o tratamento psiquiátrico "oficial"? O paciente é migrante de área rural? Como isso interfere no diagnóstico e na terapêutica? Qual a "linguagem das emoções" que utiliza? Qual o impacto das mudanças socioculturais pelas quais o paciente passou em seu transtorno mental?

satisfatoriamente o objeto pesquisado (de certo modo, mais próximo da "verdade").

A **sensibilidade** de um novo procedimento diagnóstico está relacionada à capacidade desse procedimento de detectar casos verdadeiros incluídos na categoria diagnóstica. Já a **especificidade** do procedimento refere-se à capacidade de identificar verdadeiros "não-casos" em relação à categoria diagnóstica que se pesquisa. Um procedimento com alta sensibilidade identifica quase todos os casos, mas pode falhar reconhecendo erroneamente um não-caso (falso-positivo) como caso. Outro procedimento com alta especificidade pode ter a qualidade de apenas reconhecer casos verdadeiros, mas pode falhar, deixando de reconhecê-los, considerando-os como não-casos.

Obviamente, o ideal de um procedimento diagnóstico é que ele seja confiável (reprodutível), válido (o mais próximo possível da "verdade" diagnóstica), com alta sensibilidade e especificidade.

> O ideal de um procedimento diagnóstico é que ele seja confiável, válido, com alta sensibilidade e especificidade.

Questões de revisão

- Discuta o valor, os limites e as críticas em relação ao diagnóstico em psicopatologia.
- Esclareça por que o diagnóstico em psicopatologia é baseado preponderantemente nos dados clínicos e não em possíveis mecanismos causais supostos pelo entrevistador.
- Por que o diagnóstico psicopatológico é, em muitos casos, apenas possível com a observação do curso da doença?

6

Contribuições de algumas áreas do conhecimento à psicopatologia

CONTRIBUIÇÕES DAS NEUROCIÊNCIAS À PSICOPATOLOGIA

> Upa! Cá estamos. Custou-te, não, leitor amigo? É para que não acredites nas pessoas que vão ao Corcovado, e dizem que ali a impressão da altura é tal, que o homem fica sendo cousa nenhuma. Opinião pânica e falsa, falsa como Judas e outros diamantes. Não creias tu nisso, leitor amado. Nem Corcovados, nem Himalaias valem muita cousa ao pé da tua cabeça, que os mede.
>
> *Machado de Assis (O cônego ou metafísica do estilo, em* Várias histórias*, 1896)*

Visão geral dos sistemas neuronais

De fato, como afirma Machado de Assis, apesar da riqueza do universo, a cabeça que o estuda e o admira talvez seja uma das partes mais ricas desse universo. A riqueza do cérebro humano está basicamente relacionada à sua capacidade de receber, armazenar e elaborar informações, intimamente dependente das conexões neuronais via sinapses. Ele contém cerca de 10 bilhões de neurônios (10^9); cada neurônio individual, com seus axônios e dendritos, faz aproximadamente 60.000 a 100.000 conexões com outros neurônios. O total de conexões sinápticas está na faixa de 10^{27}! Hoje se pensa que a unidade funcional do cérebro não é o neurônio isolado, mas os circuitos neuronais. A percepção, a memória, as emoções e mesmo o pensamento surgem em conexão com a atividade desses circuitos neuronais. O desenvolvimento de tais circuitos baseia-se, em parte, em uma programação genética, mas é intensamente dependente das experiências individuais do sujeito com o seu ambiente (Pally, 1997).

A riqueza do cérebro humano está basicamente relacionada à sua capacidade de receber, armazenar e elaborar informações, intimamente dependente das conexões neuronais via sinapses.

A arquitetura e a organização do cérebro são produto de uma longa história evolucionária. Podem-se distinguir três etapas "ancestrais" básicas nessa história: de répteis, mamíferos inferiores e primatas (MacLean, 1990). As partes mais antigas e primitivas do cérebro são o tronco cerebral e o diencéfalo, responsáveis pelas funções vitais, como respiração, batimentos cardíacos, temperatura corporal e ciclo sono-

vigília. Tais estruturas e os gânglios da base seriam originários do período réptil, cujos padrões motores, próprios às espécies, são mantidos. Já o cérebro mamífero inferior é composto pelas estruturas límbicas, associadas às respostas emocionais e à memória, assim como a certos padrões típicos dos mamíferos, como cuidados parentais, amamentação, brincar e choro infantil. A parte mais evoluída do cérebro é o neocórtex dos mamíferos superiores. Esse teve seu desenvolvimento maior na espécie humana, principalmente por meio das áreas associativas temporoparietoccipitais e das áreas pré-frontais. O córtex pré-frontal é o centro executivo do cérebro, responsável pelos pensamentos abstrato e simbólico, pelo planejamento do futuro, por dirigir a atenção para uma tarefa, modular o afeto e as emoções, assim como adiar uma gratificação e lidar com as frustrações (Pally, 1997).

Cabe lembrar que, embora o cérebro no adulto represente apenas 2% do peso corporal, cerca de metade do genoma humano é dedicado à produção do cérebro. Em relação ao desenvolvimento ontogenético, pode-se afirmar que o cérebro "nasce prematuro". Muito do seu desenvolvimento ocorre após o nascimento, até o período adulto. A migração dos neurônios no período fetal do tubo neural para o seu destino final ocorre sob controle genético direto. Postula-se que anormalidades nesse processo migratório possam contribuir para a gênese de alguns transtornos mentais. Outro aspecto importante é a mielinização, posto que as bainhas de mielina permitem uma condução neuronal muito mais rápida, potencializando em grau maior as funções cerebrais. As áreas sensoriais primárias são mielinizadas nos primeiros meses de vida; o córtex pré-frontal, por sua vez, responsável por funções mentais extremamente complexas, sofre lento processo de mielinização do terceiro mês de vida até o início do período adulto.

Funções e áreas cerebrais

De forma bastante simplificada, mas didática, podem-se identificar dois pares de áreas cerebrais, antagônicos em certo sentido, mas também complementares. Distinguem-se funcionalmente, no cérebro, as porções anteriores *versus* as posteriores, assim como o hemisfério direito *versus* o hemisfério esquerdo. A seguir são apresentados alguns aspectos do funcionamento cerebral nessas duas díades.

Porção anterior (frontal) do cérebro versus *porção posterior do cérebro*

A **porção posterior do cérebro**, incluindo os lobos occipitais, parietais e temporais, contém as áreas sensoriais primárias (da visão, da audição, do tato, do olfato, da gustação e da propriocepção), as áreas secundárias adjacentes e funcionalmente relacionadas às áreas primárias e uma extensa área terciária de associação, a saber, a grande área associativa da encruzilhada temporoparietoccipital. Essa porção posterior relaciona-se mais intimamente a recepção, identificação e ordenação do ambiente em relação ao indivíduo. É a zona do cérebro que **"recebe" o mundo**. Obviamente essas áreas também participam de tarefas ativas e motoras do indivíduo sobre o meio, mas o seu funcionamento mais característico refere-se à percepção do mundo e à organização dessa percepção em unidades ordenadas e integradas, na codificação, na decodificação e na recodificação em níveis de complexidade crescente, de todos os elementos sensoriais e, finalmente, na configuração e representação coerente da realidade.

A **porção anterior**, **frontal**, do cérebro relaciona-se muito mais intimamente com as atividades do indivíduo sobre o mundo. É a porção do cérebro que **"age" sobre o mundo**. As áreas anteriores do cé-

rebro, principalmente os córtices pré-frontal e frontal e os núcleos da base (sobretudo o núcleo caudado), também participam da identificação de problemas a serem solucionados. Sua especificidade relaciona-se à criação e ao planejamento de uma estratégia de ação, à colocação na prática de tal estratégia, à monitorização dos efeitos da ação sobre o meio e à adequação contínua dessa ação perante as condições cambiantes do meio.

De modo simplificado e resumido, pode-se afirmar que os **lobos frontais** são responsáveis pelo planejamento da ação e do futuro, assim como pelo controle dos movimentos; os **lobos parietais**, pelas sensações táteis e pela imagem corporal; os **lobos occipitais**, pela visão; e os **lobos temporais**, pela audição e por muitos aspectos da memória, da linguagem, do aprendizado e das emoções (Kandel; Schwartz; Jessel, 1995).

Hemisfério esquerdo versus *hemisfério direito*

Desde as pesquisas de Broca (1861) e de Wernicke (1874), no século XIX, sabe-se que os dois hemisférios cerebrais não são nem semelhantes anatomicamente nem equivalentes funcionalmente. Tanto estudos clínico-patológicos com pacientes que sofreram acidentes vasculares cerebrais ou tumores como pesquisas experimentais têm demonstrado que os hemisférios esquerdo e direito são assimétricos em múltiplos aspectos cognitivos. Para a maioria dos seres humanos, o hemisfério esquerdo desenvolve-se ontogeneticamente de forma mais lenta que o direito e está intimamente associado a funções lingüísticas verbais. O hemisfério direito, por sua vez, relaciona-se com habilidades visuoespaciais, aspectos prosódicos da fala e percepção e expressão musical. No Quadro 6.1 verificam-se algumas das funções e das habilidades diferenciais entre os dois hemisférios (Gaebel, 1988).

Cabe assinalar que a chamada dominância hemisférica para a linguagem (sobretudo para os aspectos semânticos e sintáticos) é esquerda para 99% dos indivíduos destros e para dois terços dos canhotos. Pessoas canhotas, ambidestras ou com lateralidade ambígua representam geralmente 10% da população (entretanto, em países como Índia e Japão, são em torno de 5%) (Ferrari, 2007). Em 20% dos canhotos, a dominância hemisférica para a linguagem fica no hemisfério direito e, em 15% deles, a dominância para a linguagem é bilateral (Madalozzo; Tognola, 2006).

NEUROPSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA

> A neuropsicologia investiga as relações entre as funções psicológicas e a atividade cerebral.

A neuropsicologia investiga as relações entre as funções psicológicas e a atividade cerebral. É de seu particular interesse o estudo das **funções cognitivas**, como a memória, a linguagem, o raciocínio, as habilidades visuoespaciais, o reconhecimento, a capacidade de resolução de problemas, etc. As alterações classicamente estudadas pela neuropsicologia são as **afasias** (perda de linguagem), as **agnosias** (perda da capacidade de reconhecimento), as **amnésias** (déficits de memória) e as **apraxias** (perda da capacidade de realizar gestos complexos).

Além dessas alterações, tem-se dado ênfase a outras dimensões da cognição, como as **atividades construtivas** (execução de tarefas complexas, realização de atos construtivos em seqüência, tarefas psicomotoras, etc.), **habilidades visuoespaciais** (análise e julgamento de relações espaciais, reconhecimento e memorização de figuras

Quadro 6.1
Funções neuropsicológicas predominantes dos hemisférios esquerdo e direito

Hemisfério esquerdo	Hemisfério direito
Funções bem-estabelecidas	
Verbal	Visuoespacial
Semântica	Musical
Sintática ("lógica" da língua)	Prosódica ("música" da fala, entonação)
Funções propostas por alguns autores	
Organiza-se por meio de categorias que "catalogam e codificam" a experiência	Centra-se no nível sensorial e imediato da experiência
Analítica	Holística
Racional	Intuitiva
Abstrata	Concreta
Serial, digital	Paralela, analógica

complexas, etc.), **habilidades musicais** (discriminação de tons e melodias, etc.), **atenção** sustentada e seletiva, **percepção do tempo** e organização temporal, **funções executivas** (identificação e resolução de problemas novos, elaboração de estratégias de ação, execução de tarefas seqüenciais, etc.) e **funções conceituais** (formação de conceitos, desenvolvimento de raciocínios, pensamento lógico, habilidades aritméticas, etc.).

A neuropsicologia é uma área de interesse crescente em psicopatologia e psiquiatria de modo geral. Nas últimas décadas, tem aumentado o uso de modelos neuropsicológicos para o entendimento da doença mental, assim como o emprego de testes neuropsicológicos e o estudo de diversos déficits cognitivos sutis em transtornos mentais clássicos, como a esquizofrenia, a depressão e o transtorno obsessivo-compulsivo (revisão em Keefe, 1995).

A neuropsicologia moderna ganhou importante impulso com a obra do neurologista russo Alexander R. Luria (1902-1977). Ele propôs substituir a noção tradicional de sintoma em neurologia e neuropsiquiatria (que segundo ele seria demasiadamente simplista e mecanicista), por uma abordagem mais dinâmica e complexa. A noção de sintoma como decorrente de uma lesão delimitada do cérebro não corresponde à realidade diversificada da vida mental, particularmente dos processos cognitivos. Segundo Luria, no modelo tradicional localizacionista das neurociências, haveria algo que corresponderia ao seguinte esquema:

1. Tecido em área cerebral específica, delimitada, é responsável por determinadas funções elementares (linguagem, memória, reconhecimentos, etc.).
2. Funções elementares são diretamente afetadas por lesão nesse tecido, nessa área, logo...
3. Lesão localizada = sintoma específico.

Luria (1981) propõe substituir esse esquema pela noção de **Sistema Funcional Complexo** (**SFC**). Segundo ele, o SFC estaria organizado de acordo com as seguintes premissas:

1. Os processos mentais complexos, como linguagem, pensamento, memória, abstração, praxias, gnosias, etc., não estão "prontos" no adulto, não são fenômenos fixos, derivados mecânicos de uma área cerebral que entra em ação, independentes do desenvolvimento do indivíduo. Eles são, de fato, construídos durante a ontogênese, por meio da experiência social, ou seja, pela interação intensa e contínua da criança com seus pais e seu meio social. Essa interação é que permite ao indivíduo adquirir todas as suas funções cognitivas, como memória, linguagem, pensamento, reconhecimento, etc.
2. Do ponto de vista cerebral, as funções e os processos mentais complexos são organizados em sistemas que envolvem zonas cerebrais distintas, cada uma delas desempenhando um papel específico no sistema funcional, agindo e interagindo em concerto. Tais zonas, na maior parte das vezes, estão em áreas diferentes e, em geral, distantes umas das outras no cérebro. Embora distantes, agem de forma coordenada para produzir uma função mental complexa.
3. A lesão de uma das áreas cerebrais implicada em determinada função mental superior pode acarretar a desintegração de todo o sistema funcional. Portanto, a perda de uma função particular pode informar pouco sobre a sua localização. Muito mais relevante que uma área cerebral circunscrita são os sistemas funcionais complexos, constituídos por redes neuronais amplas e muito dinâmicas.

Os três grandes sistemas funcionais do cérebro humano, segundo Luria (1981), são:

1. Sistema do **tônus** do córtex. Formado por aferências da periferia, partes superiores do tronco cerebral, córtex límbico e com modulação das regiões pré-frontais. Esse sistema, segundo Luria, é responsável pela ativação geral do sistema nervoso central (SNC). Ele controla particularmente o nível de ativação do córtex, mantendo o nível de consciência, a vigilância e a atenção do sujeito.
2. Sistema de **recepção**, elaboração e conservação de informações. Formado por áreas posteriores do córtex cerebral (occipital, temporal, parietal). Zonas sensoriais (visuais, auditivas, táteis e proprioceptivas) primárias e secundárias e o *carrefour* associativo temporoparietoccipital. Esse sistema, de acordo com Luria, é responsável pela recepção, pela decodificação e pela interpretação das informações provenientes do ambiente externo e interno. É o sistema que reconhece o mundo nas várias modalidades sensoriais (auditiva,

visual, tátil, olfativa, etc.) e integra tais informações ambientais em um todo coerente.

3. Sistema de **programação**, regulação e controle da atividade. Formado por áreas anteriores (frontais) dos grandes hemisférios. Esse sistema, conforme Luria, é responsável pela ação do indivíduo sobre o meio ambiente. A partir do reconhecimento de problemas novos e tarefas necessárias, os sistemas pré-frontais programam a atividade complexa do indivíduo, montam estratégias de ação, colocam-nas em funcionamento e monitoram a eficácia de tais ações, modulando-as segundo as variações do ambiente.

Para Luria, a **linguagem** é um dos elementos **organizadores** mais importantes **da atividade cerebral**. A partir da linguagem, todas as outras funções cognitivas superiores se organizam. A linguagem, por sua vez, é, de forma inequívoca, fenômeno sociocultural, produzido e modificado historicamente. Assim, o próprio funcionamento do cérebro, particularmente no que concerne às funções corticais superiores (linguagem, memória, pensamento, etc.), é organizado a partir das interações sociofamiliares básicas e também do contexto sociocultural e histórico no qual o indivíduo se insere, desde seus primeiros anos de vida.

Limites da aplicação da neuropsicologia e dos testes neuropsicológicos em psiquiatria

Apesar de representar uma importante contribuição à psicopatologia, abrindo novas perspectivas de entendimento da doença mental, e de contribuir, por meio de um grande número de testes padronizados e sofisticados, para a avaliação de sutis alterações dos rendimentos intelectuais nos transtornos mentais, o modelo neuropsicológico também apresenta claras limitações quando aplicado à psiquiatria (Lezak; Howieson; Loring, 2004).

> Apesar de representar uma importante contribuição à psicopatologia, o modelo neuropsicológico apresenta claras limitações quando aplicado à psiquiatria.

A utilização, em psicopatologia, dos testes neuropsicológicos é complexa, marcada pelas seguintes dificuldades:

1. Os testes neuropsicológicos, ao contrário do que às vezes se afirma, não medem funções específicas. O desempenho pobre em um teste não indica necessariamente um déficit neuropsicológico específico. Por exemplo, um mau desempenho em um teste visuoespacial (p. ex., o teste de Bender ou o de Benton) pode ser decorrente de déficit visual, déficit de integração de informações visuais, apraxia construcional, agnosia visual e/ou de funções executivas frontais. De modo geral, deve-se constatar que há grande sobreposição entre as várias funções neurocognitivas complexas.
2. Decorrente da primeira constatação, deve-se lembrar que o desempenho anormal em um teste neuropsicológico não indica, necessariamente, uma disfunção cerebral regional específica. Quanto mais complexa for a tarefa (p. ex., funções executivas, raciocínio abstrato, etc.), tanto mais provável será que o déficit se deva a múltiplos fatores, alguns deles inespecíficos, entrando em jogo diferen-

tes redes e sistemas neuronais (revisão em Dodrill, 1997).

Plasticidade neuronal: o cérebro transforma-se positiva e negativamente com a experiência

Desde os anos 1960, o velho dogma de que o cérebro, uma vez formado, torna-se uma estrutura fixa, pouco passível de modificações, vem sendo substituído pela constatação de que o sistema nervoso, de fato, exibe uma importante característica: a plasticidade (Mellon; Clark, 1990). Tem sido verificada a capacidade do tecido neuronal de se transformar e adaptar às exigências ambientais ou internas do organismo, não só na fase embrionária e no início da vida, mas ao longo de todo o ciclo vital. A experiência é o elemento mais importante que estimula ou restringe a plasticidade neuronal (Arteni; Alexandre Netto, 2004).

> A experiência é o elemento mais importante que estimula ou restringe a plasticidade neuronal.

A plasticidade neuronal é verificada pelo nascimento de novos neurônios (neurogênese), pelo aumento ou pela redução no tamanho dos dendritos e das espinhas dendríticas, pela formação ou pela eliminação de sinapses, pelo aumento da atividade glial e pelas alterações na atividade metabólica de distintas áreas cerebrais. Pequenas proteínas atuantes no cérebro, as neurotrofinas (NTs), também são importantes para a plasticidade neuronal perante a experiência. São algumas delas: fator de crescimento neuronal (NGF), fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), NT-3 e NT-4/5.

Vinculados à experiência, o aprendizado e a memória estão associados a modificações sinápticas. O fortalecimento de vias sinápticas, a criação de novas sinapses e o recrutamento de neurônios adjacentes, formando novas conexões, relacionam-se, assim, à plasticidade neuronal derivada da experiência. Um exemplo disso são as modificações neuronais verificadas no cérebro de músicos profissionais, por exemplo, violinistas experientes, cujas representações neuronais de suas polpas digitais no córtex tornam-se, após longos anos de aprendizado com o instrumento musical, muito mais extensas e complexas que em pessoas sem tal experiência (Elbert et al., 1995; Jancke; Shan; Peters, 2000).

Experiências negativas, transtornos mentais e neuroplasticidade

Tanto o estresse prolongado como possivelmente as experiências de depressão e ansiedade graves e duradouras exercem importante efeito negativo sobre a plasticidade neuronal. A liberação de adrenalina e de glicocorticóides endógenos (como o cortisol) após o estresse pode causar dano neuronal, principalmente no córtex pré-frontal e no hipocampo (regiões intimamente relacionadas ao aprendizado e à memória).

> Tanto o estresse prolongado como possivelmente as experiências de depressão e ansiedade graves e duradouras exercem importante efeito negativo sobre a plasticidade neuronal.

Episódios repetidos, graves e longos de depressão foram associados com a redução do volume do hipocampo e do córtex. Postula-se uma plasticidade mal-adaptativa relacionada à origem de condições como esquizofrenia, depressão, autismo, transtorno de estresse pós-traumático e retardo mental (Thome; Eisch, 2005).

Em contrapartida, o exercício físico ocasiona a liberação de substâncias que estimulam a funcionalidade dos neurônios, como o BDNF. A partir de observações clínicas e pesquisas experimentais, postula-se que a separação precoce da mãe, os maus-tratos e a negligência durante os primeiros anos de vida possam, por meio de plasticidade mal-adaptativa, gerar padrões neuronais disfuncionais relacionados à maior vulnerabilidade aos transtornos mentais (como depressão, esquizofrenia e mesmo transtorno de estresse pós-traumático) ao longo da infância e da vida adulta. Recentemente, o neurocientista Hongjun Song e colaboradores (Song; Stevens; Gage, 2002), da Universidade John Hopkins, nos Estados Unidos, demonstraram que o nascimento de novos neurônios ocorre no hipocampo até o final da vida, o que é importante para a manutenção da memória, do aprendizado e da inteligência, inclusive na velhice.

CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA À PSICOPATOLOGIA

A psicologia, em suas diversas áreas (psicologia das funções mentais, psicologia experimental, psicologia social, psicologia do desenvolvimento, etc.), tem fornecido contribuições fundamentais à ciência, sendo, portanto, fonte de consulta, inspiração e orientação à psicopatologia geral.

Não cabe aqui tentar resumir de forma apressada e incompleta esse vasto campo de conhecimento. Sugere-se a consulta a bons textos de psicologia geral, como os já clássicos: *Psicologia científica geral*, de Célia S. Dória (1977), e o *Manual de psicologia*, de J. Delay e P. Pichot (1973). Recomendam-se também, para uma abordagem mais atualizada, os excelentes tratados *Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento*, de Gazzaniga e Heatherton (2005), assim como *Desenvolvimento humano*, de Papalia, Olds e Feldman (2006).

Relações da psicopatologia com a psicologia geral

Segundo Sonenreich e Bassitt (1979), as relações da psicopatologia com a psicologia geral e a psiquiatria são múltiplas. Há diversas visões sobre sua posição exata em relação à psicologia e à psiquiatria. Eis algumas dessas visões:

1. **Psicopatologia como "patologia do psicológico"**. Aqui a psicopatologia é tida como **um ramo da psicologia geral**. Nesse sentido, se a psicologia é o estudo sistemático da vida psíquica normal, a psicopatologia deveria ser vista, então, não propriamente como uma disciplina autônoma, mas apenas como uma parte ou um ramo da psicologia geral, uma subdisciplina da psicologia que estuda os fenômenos anormais.
2. **Psicopatologia como "psicologia (especial) do patológico"** (da mente patológica). A psicopatologia seria, então, **uma ciência autônoma**, porque, em seu campo de estudo, entra uma série de fenômenos especiais que não representam simples alterações quantitativas do normal. É nesse sentido que se usa o termo psicopatologia no presente texto.
3. **Psicopatologia como semiologia psiquiátrica**. É nesse sentido que Henri Ey (1965) emprega o termo. Em tal concepção, a psicopatologia se restringiria ao estudo dos sintomas e dos sinais das doenças psiquiátricas, sem se ater a questões mais gerais e profundas,

como a etiologia, o psicodinamismo, o curso, a evolução e os diversos sentidos da doença.

4. **Psicopatologia como propedêutica psiquiátrica**. Nesta conceitualização, a psicopatologia passa a ser vista como o campo de estudo dos princípios e dos métodos do adoecimento mental, a ciência introdutória e prévia à psiquiatria clínica. Ela visaria elucidar as bases conceituais e epistêmicas da psiquiatria como ciência, bem como os pressupostos filosóficos e metodológicos que fundamentam o estudo dos transtornos mentais.

CONTRIBUIÇÕES DA REFLEXÃO FILOSÓFICA À PSICOPATOLOGIA

Muitas são as importantes contribuições da tradição filosófica à psicopatologia. Não se pode pretender explorá-las de modo abrangente. Foram selecionados, então, apenas três temas que parecem particularmente relevantes: a relação mente-cérebro, o problema da causalidade em psicopatologia e a questão da verdade em psicopatologia.

A relação mente-cérebro (espírito-matéria)

As possíveis relações entre a atividade mental, aquilo que a tradição filosófica chama de espírito, e o órgão do corpo humano responsável por essa atividade, ou seja, o cérebro, têm sido objeto de reflexões e intensas discussões filosóficas desde a Antigüidade. Trata-se da polêmica relação mente-cérebro ou alma-corpo. Pergunta-se se seria a mente simplesmente um produto secundário da atividade cerebral, uma "secreção do cérebro", um epifenômeno, ou teria ela autonomia específica em relação ao SNC? E mais que isso, como postula o filósofo Thomas Nagel (1974), deve-se pensar até que ponto ter uma mente (que se relaciona com um corpo) e ter experiências mentais conscientes pode indicar o que seria algo como (*what is it like*) ser alguém (eu mesmo ou um outro diferente de mim), enfim, o que poderia ser a experiência de um outro ser, radicalmente distinto de mim mesmo.

A primeira reflexão consistente sobre a relação alma-corpo (mente-cérebro) foi enunciada por Aristóteles (por volta de 330 a.C.) em sua obra *Peri psyches* (*Sobre a alma* [1994]). Nela, o filósofo constata que há relativa facilidade em relacionar as funções sensitivas, locomotoras, nutritivas e reprodutivas da alma a processos fisiológicos do organismo. Entretanto, quando se trata das funções do intelecto, as coisas parecem ficar mais complicadas. A filosofia aristotélica afirma que o conhecimento sobre as coisas materiais, por meio dos órgãos dos sentidos, reflete simplesmente a capacidade dessas coisas impressionarem a mente. Mas o conhecimento racional do homem, que inclui as "verdades universais", não pode partir apenas da impressão das coisas sobre os órgãos dos sentidos. Aristóteles acredita que aquela parte pensante da alma, que denomina espírito, não se mistura com o corpo, não é capaz de sentir ou sofrer, mas pode pensar.

As principais correntes filosóficas sobre a relação mente-cérebro (RMC) podem ser divididas em dois grandes grupos: as visões "monistas" (na RMC, só há uma realidade) e as "dualistas" (na RMC, há duas realidades distintas). A seguir, são apresentadas as principais visões, expostas resumidamente, de forma didática e simplificada (para revisões sobre o tema, ver Bunge, 1989; Goodman, 1991; Kandel, 1998; Churchland, 2004).

Dualismo paralelista

Alma e corpo representam duas espécies de realidade totalmente distintas e autônomas, independentes e ininfluenciáveis entre si. Uma e outra coexistem e transcorrem paralelamente, sem interações recíprocas. Sua fragilidade transparece no fato de inúmeros fenômenos clínicos e experimentais revelarem íntima relação entre fenômenos mentais e ocorrências cerebrais (posição defendida, p. ex., por Leibniz).

Dualismo epifenomenista

O cérebro produziria ou causaria os fenômenos mentais que, por sua vez, seriam epifenômenos do cérebro, mas que não retroagiriam sobre ele. Tese defendida por Hobbes, T. H. Huxley e A. J. Ayer. A objeção a ela baseia-se na necessidade de se crer em uma mente ou espírito que se desprenderia do cérebro, passando a ter "vida" autônoma (tese espiritualista). Além disso, muitos fenômenos mentais produzem alterações funcionais e mesmo estruturais do cérebro.

Dualismo interacionista

Esta tese postula a possibilidade de ação recíproca e de influência mútua entre mente e processos cerebrais. É também chamada de dualismo psicofísico. Embora a alma e o corpo sejam duas realidades distintas, com certa autonomia, uma influencia a outra intimamente, havendo interação constante. Tal posição foi defendida, por exemplo, por Descartes e Herbart.

Monismo materialista

Trata-se de concepção materialista radical e absoluta. Só a matéria e o movimento são reais e eternos (filósofos do iluminismo, enciclopedistas, materialistas e positivistas do século XIX). Nada existe fora da natureza, a imaterialidade da alma é um mito. Os estados mentais são, na verdade, estados físicos. Sua fase mais marcante foi o final do século XIX (naturalismo monista): tudo se reduz à matéria, que obedece a leis naturais. A alma é puramente uma atividade fisiológica do cérebro. Uma forma de monismo materialista mais sofisticado, que também difundiu-se no século XIX, foi a chamada "teoria do duplo aspecto". Nela se afirma que o organismo é unitário, revelando, porém, dois aspectos: um físico e outro mental, um não se reduzindo ao outro, nem sendo mais válido que o outro. Não há duas realidades, mas dois aspectos de uma só realidade (que, em última análise, é material). Alguns de seus representantes são La Mettrie, Montesquieu, Haeckel.

Monismo eliminativo

Nesta concepção, nada genuinamente verdadeiro pode ser chamado de "mental" ou "espiritual". Nega-se, inclusive, a existência fatual dos fenômenos mentais. É a posição do behaviorismo radical de Watson, Skinner e Turing. Entretanto, Bunge (1989) afirma que "não nos livramos do problema da natureza da mente declarando que ela não existe, ou que não é possível estudá-la cientificamente".

Monismo espiritualista

É o oposto do monismo materialista. Só o espírito é real. Trata-se de uma forma de idealismo subjetivista extremo. O essencial da realidade é a experiência interna imediata. Tudo se reduziria à experiência subjetiva ou mental do indivíduo (mentalismo). A tese acaba desembocando em um espiritualismo radical, negador da matéria, difícil de sustentar. Alguns de seus re-

presentantes foram Berkeley, Fichte, Hegel, Teilhard De Chardin.

Identidade matéria-espírito

Tese sustentada pelo filósofo Spinoza (1632-1677), segundo a qual os fenômenos naturais (cérebro) e os espirituais (mente) são, no fundo, a mesma coisa, havendo apenas diferentes vias de acesso a uma mesma e única substância. Esta tese aproxima-se, de certa forma, de formulações mais recentes, como a da mente como emergente e o duplo-aspecto ou monismo anômalo. A tese do duplo aspecto ou monismo anômalo, formulada por Donald Davidson (1917-2003), postula que, embora só haja matéria, devido à não-existência de leis psicofísicas (leis que relacionam a matéria ao espírito, o cérebro à mente), existiriam dois tipos de descrição (do cérebro e da mente) não redutíveis uma à outra.

Teoria da mente como emergente

Os fenômenos mentais são conceitualizados como "emergentes", relativos ao cérebro. Eles são gerados e constituídos por eventos físicos e físico-químicos da matéria cerebral. Entretanto, os fenômenos mentais são caracterizados, no seu aspecto mais específico e fundamental, por propriedades diferentes e irredutíveis àquelas do cérebro. Apesar da defesa partidária de Bunge, esta tese aproxima-se, de fato, do monismo materialista, na versão da "teoria do duplo aspecto". Seus representantes mais destacados foram Diderot, Ramón y Cajal, Sperry e Bunge.

O problema da causalidade em psicopatologia

Um dos problemas filosóficos e científicos mais complexos que a psicopatologia enfrenta é a questão das relações de causalidade entre diversos eventos e fenômenos. Por exemplo, pensar corretamente, seguindo a lógica do raciocínio científico, implica sair da posição ingênua em relação à atribuição de causalidade, na qual, muitas vezes, o leigo se coloca. "Ele ficou louco depois que levou aquele susto" ou "Aquela queda foi o começo de sua depressão". Confundem-se com freqüência associações fortuitas, epifenômenos, eventos desencadeantes, com fatores verdadeiramente causais (Lyketsos; Treisman, 1996).

Um dos problemas filosóficos e científicos mais complexos que a psicopatologia enfrenta é a questão das relações de causalidade entre diversos eventos e fenômenos.

Um dos equívocos mais comuns, cometido mesmo por profissionais e pesquisadores, é confundir mecanismos funcionais, processos psicológicos e psicopatológicos envolvidos em determinado transtorno mental com a causa propriamente dita. Assim, descrevem-se processos de regressão, mecanismos mentais como a projeção, a negação, a foraclusão (em psicanálise), ou processos cognitivos como a organização de determinados conteúdos cognitivos negativos (em terapia cognitivo-comportamental), e atribui-se, às vezes sem os critérios científicos adequados, a qualidade de fator causal a tais mecanismos. Da mesma forma, em psiquiatria biológica, observam-se certas alterações neurobioquímicas ou de neuroimagem e, apressadamente, deduz-se que essas alterações causam os transtornos em questão. É a tentação de se atribuir a mecanismos envolvidos na doença o poder de verdadeiros elementos etiológicos supostamente identificados pelo investigador. Infelizmente, o rigor científico exige mais; não basta que certo fenômeno esteja presente na doença para que seja considerado elemento etiológico indubitável.

Pode-se tomar, como exemplo, a associação entre dois ou mais fenômenos. Muitas vezes, encontram-se, em psicopatologia, como em qualquer outro ramo da ciência, associações de fenômenos, eventos que ocorrem de forma conjunta. Entretanto, é importante sempre lembrar de que as associações entre eventos podem ou não implicar um nexo causal. Dessa forma, o método científico rigoroso alerta que apenas determinadas características de uma associação indicam uma possível relação de causalidade. Estas são (Hill, 1965):

1. **Plausibilidade**. Caso a causalidade seja plausível do ponto de vista lógico, biológico, psicológico, social, etc.
2. **Temporalidade**. Quando a suposta causa ocorre claramente antes do suposto efeito.
3. **Reversibilidade**. A remoção ou redução do possível fator causal abole ou diminui o efeito.
4. **Força da associação**. Relações intensas entre dois fenômenos podem sugerir causalidade.
5. **Dose-resposta**. Níveis crescentes de exposição ao fator causal aumentam o risco de ocorrer o suposto efeito ou a intensidade do efeito.
6. **Consistência**. Diferentes estudos, distintas observações, em contextos diversos, chegam a resultados semelhantes.
7. **Especificidade**. Apesar de relações causais unilineares serem raras no campo da psicopatologia, quando associações específicas são encontradas, há maior suspeita de relação de causalidade.

Vale, nesse sentido, retomar a fórmula com que os filósofos escolásticos da Idade Média, versados em lógica, criticavam as atribuições apressadas de causalidade. Eles citavam a fórmula latina que resume uma atitude lógica enganadora: *Post hoc, ergo propter hoc* (depois disso, logo em conseqüência disso). Assim, são necessários mais elementos que a simples seqüência temporal para a atribuição de causalidade a dois eventos que se seguem no tempo.

O problema da verdade em psicopatologia

A questão da verdade é fundamental para qualquer campo científico ou de saber. Certamente não cabe introduzir aqui uma discussão filosófica sobre a verdade, apenas busca-se assinalar que tal questão é relevante para a psicopatologia. De modo geral, considera-se a verdade como uma propriedade ou um valor que se atribui a teorias, teses e proposições. Três conceitos de verdade podem ser aqui evocados: o convencionalista, o pragmático e o realista (Tarski, 1960).

A questão da verdade é fundamental para qualquer campo científico ou de saber.

Segundo o **conceito convencionalista**, a verdade de uma proposição ou teoria depende da relação que estabelece com outras proposições; nesse sentido, a verdade é sinônimo de coerência. Uma teoria psicopatológica verdadeira seria uma teoria coerente, bem-arquitetada, sem con-

tradições internas. Tal concepção agrada aos autores que prezam sobretudo a lógica e a coerência; entretanto, ela é bastante criticável, pois uma teoria muito bem-montada e coerente pode estar em total desacordo com os fatos.

Segundo a **perspectiva pragmática**, a verdade se identifica com os resultados que uma teoria produz, com o êxito resultante de sua ação. É verdadeiro aquilo que se prova eficaz, que "funciona", que produz resultados práticos positivos. Essa perspectiva, embora atraente para profissionais práticos e voltados à ação, é frágil, pois, historicamente, muitas teorias e concepções que "funcionaram" na prática mostraram-se falsas. Uma vertente mais crítica de pragmatismo afirma que, não sendo possível o acesso à verdade última das coisas, as teorias e as concepções devem ser julgadas pelas conseqüências éticas e concretas que decorrem de seu uso e aplicação.

Finalmente, a **concepção realista** baseia-se na tese aristotélica da verdade como a correspondência do pensamento à realidade fatual; a proposição deve estar de acordo com o fato que afirma. Esse conceito de verdade, embora o mais aceito pelo senso comum e, de forma aparente, o único realmente sustentável, é muitas vezes difícil de ser utilizado e mais complexo do que parece. Hoje sabe-se que, na própria formulação sobre o que seriam os fatos reais ou concretos, intervêm a linguagem e uma certa interpretação prévia desses fatos. Fatos brutos, originais, intocados pelas representações e teorias que deles são feitas, são, na verdade, mais virtuais que reais.

A rigor, uma teoria psicopatológica que queira se afirmar como plenamente verdadeira (o que, em geral, é uma utopia) deveria idealmente preencher estas quatro dimensões; ou seja, ser coerente, sem contradições internas; produzir resultados pragmáticos eficazes; ser aceitável do ponto de vista ético; e mostrar-se adequada à realidade fatual, revelando-se plenamente correspondente ao fato que descreve e explica.

Além do exposto, duas outras qualidades são desejáveis a uma teoria psicopatológica: **poder de previsibilidade** e **qualidade heurística**. Uma teoria capaz de prever fatos a partir de um conjunto de variáveis dadas, além de ser pragmaticamente mais poderosa, revela uma relação com a verdade fatual possivelmente mais sólida. A qualidade heurística, por sua vez, indica o poder de uma teoria em gerar novas teorias, de enriquecer e esclarecer a percepção da realidade, abrindo perspectivas mais variadas e completas.

Apesar de ter vivido há mais de 700 anos, o filósofo Roger Bacon (1214-1294) sugeriu quatro preceitos que auxiliariam a distanciar-se do erro; ele recomendou evitar:

1. As referências a autoridades não-apropriadas (porque um "grande autor" afirmou algo, isso não torna a afirmação automaticamente verdadeira).
2. A influência indevida dos costumes (determinados "hábitos cognitivos" podem induzir a graves erros).
3. As opiniões da multidão não-educada (hoje chamadas de "senso comum"), que podem ser, apesar de amplamente aceitas, cientificamente falsas.
4. As atitudes de aparente sabedoria, pois, muitas vezes, apenas disfarçam a ignorância.

Questões de revisão

- Discuta a utilidade de abordar as estruturas e funções cerebrais em anteriores e posteriores e hemisfério direito e hemisfério esquerdo.
- Qual a contribuição de Luria para a neuropsicologia moderna?
- Estabeleça a relação entre experiências negativas, transtornos mentais e neuroplasticidade.
- Cite algumas das contribuições da psicologia geral para a psicopatologia. Que relações podem ser estabelecidas entre ambas?
- Quais são as principais contribuições da filosofia à psicopatologia? O que você pode dizer sobre as questões causalidade e verdade aplicadas à psicopatologia?

parte 2

AVALIAÇÃO DO PACIENTE E FUNÇÕES PSÍQUICAS ALTERADAS

7

A avaliação do paciente

Todos os homens, por natureza, desejam conhecer.

Aristóteles (348-322 a.C.)

AVALIAÇÃO PSICOPATOLÓGICA

A avaliação do paciente, em psicopatologia, é feita principalmente por meio da entrevista. Aqui a entrevista não pode, de forma alguma, ser vista como algo banal, um simples perguntar ao paciente sobre alguns aspectos de sua vida. A entrevista, juntamente com a observação cuidadosa do paciente, é, de fato, o principal instrumento de conhecimento da psicopatologia. Por meio de uma entrevista realizada com arte e técnica, o profissional pode obter informações valiosas para o diagnóstico clínico, para o conhecimento da dinâmica afetiva do paciente e, o que pragmaticamente é mais importante, para a intervenção e o planejamento terapêuticos mais adequados.

A entrevista, juntamente com a observação cuidadosa do paciente, é, de fato, o principal instrumento de conhecimento da psicopatologia.

Extrair um conhecimento relevante do encontro com o doente e, neste encontro, agir de forma útil e criativa, eis um dos eixos básicos da prática profissional em saúde mental. A entrevista psicopatológica permite a realização dos dois principais aspectos da avaliação:

1. A **anamnese**, ou seja o histórico dos sinais e dos sintomas que o paciente apresenta ao longo de sua vida, seus antecedentes pessoais e familiares, assim como de sua família e meio social.
2. O **exame psíquico**, também chamado **exame do estado mental atual**.

Apresentam-se, a seguir, alguns dos aspectos considerados mais relevantes sobre a técnica de entrevista em psicopatologia.

AVALIAÇÃO FÍSICA

O exame físico do paciente com transtorno psiquiátrico não difere, em essência, daquele dos indivíduos sem patologias mentais. Deve-se, entretanto, ressaltar que:

– Os pacientes com transtornos psiquiátricos apresentam morbidade física mais freqüente que a popu-

lação geral, motivo que reforça a necessidade de avaliação somática (anamnese e exame físico cuidadoso) desses indivíduos.

- Apesar disso, os distúrbios e doenças físicas são "subdiagnosticados", não adequadamente reconhecidos e tratados nos pacientes ditos psiquiátricos. Algumas das causas dessas falhas são:
  - O clínico geral (o médico não-psiquiatra, de forma geral) tende a não examinar adequadamente o doente mental, pois ele não é "seu doente", é "doente apenas do psiquiatra".
  - O psiquiatra não realiza o exame físico do paciente, pois não se considera "médico do corpo", mas "especialista" ou "médico exclusivamente do psiquismo, do comportamento ou da alma".
  - Os pacientes com transtornos mentais graves podem ter dificuldades em comunicar objetivamente suas queixas somáticas.
  - Os pacientes psiquiátricos graves podem não ser adequadamente "ouvidos" pelos médicos em geral, pois o estigma de "louco" invalida suas queixas somáticas.
- O exame físico do paciente com transtornos mentais, ao contrário do que alguns supõem, quando realizado de forma adequada, pode ser um excelente "instrumento" de aproximação afetiva, principalmente com pacientes muito regredidos, inseguros, e mesmo com os pacientes psicóticos. Ser examinado respeitosamente pelo médico pode, inclusive, transmitir segurança e afeto a muitos pacientes. O médico deve saber lidar (ou, pelo menos, buscar aprender a lidar) com possíveis aspectos paranóides e eróticos que, eventualmente, emergem em alguns pacientes quando "tocados" e "apalpados" por seus médicos.

O exame físico do paciente com transtornos mentais, ao contrário do que alguns supõem, quando realizado de forma adequada, pode ser um excelente "instrumento" de aproximação afetiva, principalmente com pacientes muito regredidos, inseguros, e mesmo com os pacientes psicóticos.

Assim, ao tratar qualquer paciente com transtorno mental, é preciso lembrar da possibilidade de doenças físicas. Tais pacientes devem ser examinados do ponto de vista somático, por meio da semiologia somática adequada (anamnese somática, exame físico, exames laboratoriais e de imagem).

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

A avaliação neurológica do paciente com transtorno mental é, também, igual à da clientela geral. Alguns pontos, entretanto, devem ser aqui lembrados:

- A avaliação neurológica depende de anamnese bem-colhida e de exame neurológico objetivo que, bem-realizado, visa identificar topograficamente uma possível lesão ou disfunção no sistema nervoso central e/ou periférico. Deve-se lembrar, entretanto, que muitas afecções neuronais, responsáveis por quadros neuropsiquiátricos, embora presentes e clinicamente significativas, não produzem sintomas localizatórios. Em muitos casos, ainda que haja lesão ou disfunção neurológica, não se identifica um sintoma ou sinal que indique lesão com topografia cerebral localizável.
- A avaliação neurológica baseia-se sobremodo no exame neurológico. Neste, a presença de sinais neurológicos claramente patológicos (co-

mo o sinal de Babinsky na síndrome piramidal) e as assimetrias são aspectos muito relevantes. O médico sempre deve estar atento à **assimetria** da força muscular nos membros, dos reflexos miotáticos profundos e musculocutâneos superficiais. Deve pesquisar igualmente, de forma cuidadosa, as diversas alterações sensitivas (tátil, dolorosa, vibratória, térmica, etc.).

– De particular importância em neuropsiquiatria são alguns **sinais** e **reflexos neurológicos, ditos primitivos**, indicadores de lesão cerebral difusa, encefalopatia, ou lesões frontais difusas sem que haja, necessariamente, outros sinais localizatórios. São eles:
  - **Reflexo de preensão** (*grasping ou grasp reflex*). É a resposta de flexão dos dedos evocada pelo contato rápido de um objeto (uma espátula ou o dedo indicador do examinador) com a região palmar (ou plantar) do paciente, respondendo este com um movimento involuntário de preensão. O *grasping* é considerado uma manifestação motora primitiva, pois é observado em recém-nascidos e lactentes. Em adultos, o reflexo de preensão tem importante valor diagnóstico: **sendo bilateral, é muito sugestivo de lesão ou disfunção frontal** ou de sofrimento cerebral difuso (encefalopatias); sendo unilateral, localiza a lesão na área 6 de Broadman contralateral. O *grasping* é o mais significativo dos reflexos primitivos.
  - **Reflexo de sucção**. Trata-se de uma resposta primitiva à estimulação da região perioral com uma espátula, na qual há uma protusão dos lábios, desvio para o lado estimulado e movimentos de sucção. Esse reflexo pode ocorrer em **lesões frontais** (mas também em encefalopatias difusas).
  - **Reflexo orbicular dos lábios**. A percussão da área acima do lábio superior, na linha média, pode produzir a projeção dos lábios para a frente. A compressão dessa área pode desencadear uma clara projeção dos lábios, como se o indivíduo fizesse um bico ou focinho (*snout reflex*, ou reflexo do focinho). Embora menos específico que o *grasping* e o reflexo de sucção, o reflexo orbicular dos lábios e o *snout reflex* podem ser **indicativos de dano cerebral difuso**.
  - **Reflexo palmomentual**. Pelo estímulo cutâneo da eminência tenar, pode-se observar a contração do pequeno músculo do mento ipsilateral e sua elevação e, eventualmente, a elevação do lábio inferior ipsilateral à mão estimulada. Este reflexo pode ser observado em idosos, em indivíduos com lesões piramidais e em **quadros encefalopáticos difusos**.

Para uma revisão sobre o exame neurológico, sugerem-se, por seu aspecto didático, os excelentes livros *Propedêutica neurológica básica*, de Wilson L. Sanvito (1981), e *A neurologia que todo médico deve saber*, de Ricardo Nitrini e Luiz A. Bacheschi (1991). Como texto mais aprofundado, recomenda-se: *DeJong's The Neurologic Examination*, de Haerer (1992). O exame neuropsicológico é considerado parte importante da avaliação psicopatológica, tanto em psiquiatria como em psicologia clínica e em

neurologia. Nesse sentido, indica-se o livro amplo e completo de Lezak, Howieson e Loring, intitulado *Neuropsychological Assessment* (2004).

O PSICODIAGNÓSTICO

A área desenvolvida pela psicologia clínica, denominada "psicodiagnóstico", representa, de fato, um importante meio de auxílio ao diagnóstico psicopatológico.

A área desenvolvida pela psicologia clínica, denominada "psicodiagnóstico", representa, de fato, um importante meio de auxílio ao diagnóstico psicopatológico. Embora haja contribuições dessa área a quase todos os aspectos da psicopatologia, os testes de personalidade e os rastreamentos (*screening*) para "organicidade" são os mais utilizados na prática clínica diária.

Os testes projetivos, "abertos", mais utilizados são: o teste de Rorschach; o TAT (Teste de Apercepção Temática, de Murray); o Teste de Relações Objetais – TRO de Phillipson; o Teste das Pirâmides, de Pfister; e o HTP-F (teste de desenho da casa-árvore-pessoa-família), de Buck (2003). Dependem muito da habilidade, do conhecimento e da experiência interpretativa do psicólogo clínico que os utiliza. Os testes de personalidade estruturados mais difundidos são o MMPI, o 16-PF e, a partir dos anos 1990, o "modelo dos cinco fatores – *the big five model*" de McCrae e John (1992). São testes mais objetivos em sua interpretação, com melhor confiabilidade (*reliability*) e, por isso, mais empregados em pesquisa.

Para rastreamento (*screening*) de possíveis alterações cerebrais, os testes de Bender e Benton são bastante utilizados. Tem ganho importância, entretanto, o uso de testes neuropsicológicos mais direcionados, destinados à detecção de alterações cognitivas mais específicas que aquelas identificadas pelos instrumentos globais de *screening*, que reconhecem apenas organicidade de forma inespecífica.

Não é objetivo deste livro resumir o campo do psicodiagnóstico, posto ser área de pesquisa e de prática clínica rica e complexa. Recomenda-se, nesse sentido, o livro *Psicodiagnóstico*, de Jurema Alcides Cunha (2000).

EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares laboratoriais, neurofisiológicos e de neuroimagem também são um auxílio fundamental ao diagnóstico psicopatológico.

Os exames complementares laboratoriais, neurofisiológicos e de neuroimagem também são um auxílio fundamental ao diagnóstico psicopatológico, particularmente na detecção de disfunções e patologia neurológicas e sistêmicas que produzem síndromes e sintomas psiquiátricos (ver revisão em Dalgalarrondo e Jacques de Moraes, 2004). Os exames laboratoriais de sangue, urina e fezes, assim como as biópsias e as diferentes avaliações da patologia clínica, devem ser sempre utilizados de acordo com a boa prática médica geral.

A avaliação do líquido cerebrospinal é uma prática simples, relativamente barata, que fornece informações valiosas ao profissional (em encefalites, doenças inflamatórias, neoplasias, infecções do SNC, etc.), mas, infelizmente, muitas vezes negligenciada na psiquiatria. O EEG, por sua vez, é bastante útil no diagnóstico diferencial dos quadros confusionais agudos (*delirium*), na classificação das diferentes formas de epilepsia, e como parte da avaliação dos transtornos do sono (polissonografia).

Já os exames de neuroimagem estrutural e funcional (tomografia computadorizada, ressonância magnética estrutural e funcional e perfusão sangüínea cere-

bral por meio de SPECT) são instrumentos sofisticados de grande auxílio para o diagnóstico diferencial em psicopatologia. Estão cada vez mais sendo incorporados à prática psiquiátrica diária, e cabe aos profissionais irem se aprofundando em suas indicações e interpretação. Não é do escopo deste livro apresentar em detalhes as indicações e as alterações encontradas nesses exames; para isso, há bons textos de neurologia geral e especializados em neurorradiologia.

Questões de revisão

- Quais os principais problemas da avaliação física de pacientes com transtornos psiquiátricos?
- Cite e descreva a importância dos sinais e reflexos neurológicos ditos primitivos.
- Cite os principais testes projetivos e testes estruturados de personalidade. Qual a utilidade dos testes de rastreamento de alterações cerebrais?

8

A entrevista com o paciente

Não sei, não sei. Não devia de estar relembrando isto, contando assim o sombrio das coisas. Lenga-lenga! Não devia de. O senhor é de fora, meu amigo mas meu estranho. Mas, talvez por isto mesmo. Falar com o estranho assim, que bem ouve e logo longe se vai embora, é um segundo proveito: faz do jeito que eu falasse mais mesmo comigo.

*João Guimarães Rosa (*Grande sertão: veredas*, 1956)*

Harry Stack Sullivan (1983) afirmava que o domínio da técnica de realizar entrevistas é o que qualifica especificamente o profissional habilidoso. Nesse sentido, por exemplo, ele define o psiquiatra (poderia ser um psicólogo clínico ou enfermeiro em saúde mental) como "um perito do campo das relações interpessoais", ou seja, um *expert* em realizar entrevistas que sejam realmente úteis, pelas informações que fornecem e pelos efeitos terapêuticos que exercem sobre os pacientes.

Assim, a técnica e a habilidade em realizar entrevistas são atributos fundamentais e insubstituíveis do profissional de saúde em geral e de saúde mental em particular. Tal habilidade é, em parte, aprendida e, em outra, intuitiva, patrimônio da personalidade do profissional, de sua sensibilidade nas relações pessoais. É a respeito dos aspectos passíveis de serem desenvolvidos, aprendidos, corrigidos e aprofundados que trata este capítulo.

Cabe lembrar que há livros muito bons e específicos sobre a entrevista em saúde mental, como as obras detalhadas de Mackinnon e Michels (2008), de Othmer e Othmer (1994) e de Shea (1998), que descrevem a dinâmica da entrevista de forma direcionada para vários tipos de pacientes. O pequeno livro de Carlat (2007) é um texto, embora enxuto, bastante didático e prático.

De início, pode-se afirmar que a habilidade do entrevistador se revela pelas perguntas que formula, por aquelas que evita formular e pela decisão de quando e como fa-

A habilidade do entrevistador se revela pelas perguntas que formula, por aquelas que evita formular e pela decisão de quando e como falar ou apenas calar.

lar ou apenas calar. Também é atributo essencial do entrevistador a capacidade de estabelecer uma relação ao mesmo tempo empática e tecnicamente útil do ponto de vista humano.

É fundamental que o profissional possa estar em condições de acolher o paciente em seu sofrimento, de ouvi-lo realmente, escutando-o em suas dificuldades e idiossincrasias. Além de paciência e respeito, o profissional necessita de certa têmpera e habilidade para estabelecer limites aos pacientes invasivos ou agressivos, e, assim, proteger-se e assegurar o contexto da entrevista. Às vezes, uma entrevista bem-conduzida é aquela na qual o profissional fala muito pouco e ouve pacientemente o enfermo. Outras vezes, o paciente e a situação "exigem" que o entrevistador seja mais ativo, mais participante, falando mais, fazendo muitas perguntas, intervindo mais freqüentemente. Isso varia muito em função:

1. Do **paciente**, da sua personalidade, do seu estado mental e emocional no momento, das suas capacidades cognitivas, etc. Às vezes, o entrevistador precisa ouvir muito, pois o paciente "precisa muito falar, precisa desabafar"; outras vezes, o entrevistador deve falar mais para que o paciente não se sinta muito tenso ou retraído.
2. Do **contexto institucional** da entrevista (caso a entrevista se realize em pronto-socorro, enfermaria, ambulatório, centro de saúde, CAPS, consultório, etc.).
3. Dos **objetivos da entrevista** (diagnóstico clínico; estabelecimento de vínculo terapêutico inicial; entrevista para psicoterapia, tratamento farmacológico, orientação familiar, conjugal, pesquisa, finalidades forenses, trabalhistas, etc.).
4. E, finalmente, mas não menos importante, da **personalidade do entrevistador**. Alguns profissionais são ótimos entrevistadores, falam muito pouco durante a entrevista, sendo discretos e introvertidos; outros só conseguem trabalhar bem e realizar boas entrevistas sendo espontaneamente falantes e extrovertidos.

Deve-se ressaltar que, de modo geral, algumas atitudes são, na maior parte das vezes, inadequadas e improdutivas, devendo o profissional, sempre que possível, **evitar**:

1. **Posturas rígidas, estereotipadas**, fórmulas que o profissional acha que funcionaram bem com alguns pacientes e, portanto, devem funcionar com todos. Assim, ele deve buscar uma atitude flexível, que seja adequada à personalidade do doente, aos sintomas que apresenta no momento, à sua bagagem cultural, aos seus valores e à sua linguagem.
2. **Atitude excessivamente neutra ou fria**, que, muito freqüentemente em nossa cultura, transmite ao paciente sensação de distância e desprezo.
3. **Reações exageradamente emotivas** ou artificialmente calorosas, que produzem, na maioria das vezes, uma falsa intimidade. Uma atitude receptiva e calorosa, mas discreta, de respeito e consideração pelo paciente, é o ideal para a primeira entrevista. Criar um clima de confiança para que a história do doente surja em sua plenitude tem grande utilidade tanto diagnóstica como terapêutica.

4. **Comentários valorativos** ou emitir **julgamentos** sobre o que o paciente relata ou apresenta.
5. **Reações emocionais intensas de pena ou compaixão**. O paciente desesperadamente transtornado, aos prantos, em uma situação existencial dramática, beneficia-se mais de um profissional que acolhe tal sofrimento de forma empática, mas discreta, que de um profissional que se desespera junto com ele.
6. **Responder com hostilidade ou agressão** às investidas hostis ou agressivas de alguns pacientes. O profissional deve se esforçar por demonstrar serenidade e firmeza diante de um doente agressivo ou muito hostil. Também deve ficar claro que, na entrevista, há limites. O profissional procura responder, ao paciente que eleva a voz e se exalta, sempre em voz mais baixa que ele. Em algumas situações, apesar de não revidar às agressões, o profissional deve mostrar ao paciente que ele está sendo inadequadamente hostil e que não aceita agressão física ou verbal exagerada. Querelas e discussões acirradas costumam ser inúteis no contato com os pacientes.
7. **Entrevistas excessivamente prolixas**, nas quais o paciente fala, fala, fala, mas, no fundo, não diz nada de substancial sobre seu sofrimento. Fala, às vezes, para se esconder, para dissuadir a si mesmo e ao entrevistador. Nesse sentido, o profissional deve ter a habilidade de conduzir a entrevista para termos e pontos mais significativos, interrompendo a fala do paciente quando julgar necessário.
8. **Fazer muitas anotações durante a entrevista**, pois, em alguns casos, isso pode transmitir ao paciente que as anotações são mais importantes que a própria entrevista (o profissional precisa observar se o paciente se sente incomodado enquanto anota).

Uma dificuldade comum nas entrevistas realizadas em serviços públicos é a **falta de tempo dos profissionais,** excesso de trabalho, estresse e condições físicas (arquitetônicas) de atendimento precárias. Assim, muitas vezes o profissional de saúde está impaciente para ouvir pessoas com queixas pouco precisas (os “poliqueixosos”), rejeita aqueles doentes que informam de forma vaga ou que estão muito desorganizados psiquicamente. Entretanto, no atendimento em saúde, a paciência do entrevistador é fundamental. Às vezes, o profissional dispõe de não mais que 5 ou 10 minutos (p. ex., no pronto-socorro ou em um ambulatório repleto de pacientes à espera), mas, se nesse pouco tempo, puder ouvir e examinar o doente com paciência e respeito, criando uma atmosfera de confiança e empatia, mesmo com as restrições de tempo, isso poderá propiciar o início de um trabalho de boa qualidade. Muitas vezes, não é a quantidade de tempo com o paciente que mais conta, mas a qualidade da atenção que o profissional consegue lhe oferecer.

> O profissional, ao entrar em contato com cada novo paciente, deve preparar seu espírito para encarar o desafio de conhecer essa pessoa, formular um diagnóstico, entender, quando possível, algo do que realmente se passa em seu interior.

Assim, o profissional, ao entrar em contato com cada novo paciente, deve preparar seu espírito para enca-

rar o desafio de conhecer essa pessoa, formular um diagnóstico, entender, quando possível, algo do que realmente se passa em seu interior. Aqui, a paciência é um dos elementos mais fundamentais. Não é possível saber quantas entrevistas e quanto tempo serão necessários para conhecer adequadamente o paciente. A experiência e a atitude do profissional, curiosa, atenta e receptiva, determinam o quão profundo e abrangente será o conhecimento extraído das entrevistas.

A(S) PRIMEIRA(S) ENTREVISTA(S)

A entrevista inicial é considerada um momento crucial no diagnóstico e no tratamento em saúde mental.

A entrevista inicial é considerada um momento crucial no diagnóstico e no tratamento em saúde mental. Esse primeiro contato, sendo bem-conduzido, deve produzir no paciente uma sensação de confiança e de esperança em relação ao alívio do sofrimento. Entrevistas iniciais desencontradas, desastrosas, nas quais o profissional é, involuntariamente ou não, negligente ou hostil com o paciente, em geral são seguidas de abandono do tratamento.

Logo no início, o olhar e, com ele, toda a comunicação não-verbal, já tem sua importância: é o centro da comunicação, que inclui toda a carga emocional do ver e ser visto, do gesto, da postura, das vestimentas, do modo de sorrir ou expressar sofrimento. Mayer-Gross, Slater e Roth (1976) assinalam, nesse sentido, que: "A primeira impressão tem o seu valor próprio e dificilmente poderá ser recapturada em ocasiões posteriores...".

E prosseguem:

> ...com maior freqüência, essa impressão é correta, mesmo que desapareça aos poucos ou passe a ser considerada como enganosa, quando a atenção estiver voltada para os detalhes, as idéias e as informações fornecidas pelo paciente.

Em um trabalho clássico sobre o diagnóstico em psiquiatria, Sandifer, Hordern e Grenn (1970) observaram por meio de pesquisas empíricas que, em profissionais

Quadro 8.1
As três regras "de ouro" da entrevista em saúde mental

1. Pacientes **organizados** (mentalmente), com **inteligência normal**, com escolaridade boa ou razoável, fora de um "estado psicótico", devem ser entrevistados de forma mais aberta, permitindo que falem e se expressem de maneira mais fluente e espontânea. O entrevistador fala pouco, fazendo algumas pontuações para que o paciente "conte a sua história".
2. Pacientes **desorganizados**, com **nível intelectual baixo**, em **estado psicótico** ou paranóide, "travados" por alto nível de ansiedade, devem ser entrevistados de forma mais estruturada. Nesse caso, o entrevistador fala mais, faz perguntas mais simples e dirigidas (perguntas fáceis de serem compreendidas e respondidas).
3. Nos primeiros contatos com pacientes muito tímidos, ansiosos ou paranóides, deve-se fazer primeiro perguntas neutras (nome, onde mora, profissão, estado civil, nome de familiares, etc.), para apenas, gradativamente, começar a formular perguntas "mais quentes" (às vezes, constrangedoras para o paciente), como: "Qual o seu problema?", "Por que foi trazido ao hospital?", "O que aconteceu para que você agredisse seus familiares?", etc. Vale a sabedoria popular que diz: "O mingau quente se come pela beirada".

com alguma experiência clínica, a entrevista em psiquiatria não funciona como uma "máquina de somar simples", na qual o passar do tempo vai acrescentando informações, em progressão linear. De fato, esses pesquisadores verificaram que **os primeiros três minutos da entrevista** são extremamente significativos, sendo muitas vezes úteis tanto para a identificação do perfil dominante de sintomas do paciente como para a formulação da hipótese diagnóstica final.

Os primeiros três minutos da entrevista são extremamente significativos, sendo muitas vezes úteis tanto para a identificação do perfil dominante de sintomas do paciente como para a formulação da hipótese diagnóstica final.

A primeira impressão que o paciente produz no entrevistador é, na verdade, o produto de uma mescla de muitos fatores, como a experiência clínica do profissional, a transferência que o paciente estabelece com ele, aspectos contratransferenciais do entrevistador e valores pessoais e preconceitos inevitáveis que o profissional, querendo ou não, carrega consigo. Além disso, há grande dose de intuição que, lapidada pelo estudo e amadurecida pela prática clínica, pode se tornar instrumento valioso de conhecimento e ação.

ASPECTO GLOBAL DO PACIENTE

Um fator importante nas fases iniciais da avaliação do paciente é notar e descrever o aspecto global do paciente, expresso pelo corpo e pela postura corporal, pela indumentária (roupas, sapatos, etc.), pelos acessórios (colares, brincos, *piercing*, etc.), por detalhes como maquiagem, perfumes, odores, marcas corporais (tatuagens, queimaduras, etc.), porte e atitudes psicológicas específicas e globais do paciente. A aparência do paciente, suas vestes, seu olhar, sua postura, revela muito de seu estado mental interior e é recurso fundamental para o diagnóstico. Nesse sentido, o Quadro 8.2, organizado a partir dos trabalhos de Betta (1972) e de Cheniaux (2005), visa resumir os principais padrões observados no consultório.

Além disso, para descrever a aparência do paciente, convém relatar o que se observou de forma detalhada, objetiva e precisa, mas sem precipitações ou inferências indevidas. O Quadro 8.3 apresenta os termos descritivos relativos à aparência física do paciente (Carlat, 2007).

Apresentação

Logo no início da entrevista, é conveniente que o profissional se apresente, dizendo seu nome, se necessário, sua profissão e especialidade e, se for o caso, a razão da entrevista. A confidencialidade, a privacidade e o sigilo poderão ser explicitamente garantidos caso se note o paciente tímido ou desconfiado ou se o contexto da entrevista assim o exigir. Para isso, em alguns casos, é importante que o profissional garanta explicitamente o que segue:

1. A entrevista e o tratamento ocorrerão com sigilo e discrição. O profissional esclarece ao paciente (e aos familiares, quando necessário) que aquilo que for relatado durante as entrevistas não será revelado a ninguém. Caso isso se faça necessário por exigência do próprio tratamento (encaminhamento a um outro profissional, carta à alguma instituição, informação à família para proteger o paciente, etc.), só será feito após consulta e anuência do entrevistado. O sigilo poderá ser rompido no caso de idéias, planos ou atos seriamente auto ou heterodestrutivos.

Quadro 8.2

Aspectos físicos e psíquicos dos pacientes verificados por meio da aparência e da atitude global (modificado e expandido a partir de Betta, 1972; e, sobretudo, de Cheniaux, 2005)

Postura geral	
Ativa: verificada por meio da postura, da iniciativa, da fala. Paciente com energia, toma iniciativa, sugere o que fazer. Postura excessivamente ativa: pacientes histriônicos, maníacos, alguns delirantes, etc.	**Passiva:** paciente apático, "largado", indiferente ao que acontece na entrevista. Quadros demenciais, depressões, personalidades passivas, esquizofrenia crônica, etc.
Roupas e acessórios segundo os quadros clínicos	
Anorexia nervosa: roupas largas e escuras. **Demência:** pode apresentar higiene e roupas descuidadas, dentes sujos, ausência de senso crítico em relação à aparência. **Depressão:** às vezes, roupas desalinhadas ou sujas, cabelos despenteados, higiene descuidada, sem maquiagem, preferência por roupas escuras. **Esquizofrenia:** nos pacientes mais crônicos, pode-se notar higiene e roupas descuidadas e sujas, indiferença pela vestimenta; pode apresentar roupas e acessórios bizarros que expressam delírios (medalhas, colares e tiaras que podem ter significado no delírio) ou desorganização comportamental.	**Histeria:** algo semelhante à mania; roupas chamativas, muita maquiagem, roupas muito curtas e decotadas. **Mania:** roupas coloridas, chamativas, muita maquiagem, perfume em excesso, roupas muito curtas e decotadas. **Personalidade borderline:** roupas extravagantes, muitos *piercings*, marcas no corpo, tatuagens, cabelos coloridos. **Transtorno obsessivo-compulsivo e personalidade obsessiva:** às vezes, roupas e acessórios muito "certinhos" (roupas passadas de forma impecável, cabelos penteados de modo ultracuidadoso, etc.).
Atitudes globais	
Afetada: modo de falar, gesticular e andar muito teatral e artificial. **Arrogante:** coloca-se como superior, acima do entrevistador, ironiza e critica constantemente. **Amaneirada:** comportamento caricatural, curva-se diante do entrevistador, diz "vossa excelência". **Confusa:** parece não entender nada, não estar na situação de entrevista. **Deprimida:** paciente triste e desanimado de modo geral. **Desconfiada ou suspicaz:** pelo olhar, postura, pelo modo de ouvir e responder, revela desconfiança, medo. **Desinibida:** contato extremamente fácil, próximo fisicamente, trata como se conhecesse o entrevistador há anos, fala e pergunta sobre intimidades, sem inibição.	**Indiferente:** não parece estar na entrevista, não se sente incomodado por estar na entrevista. **Inibida ou contida:** não encara o examinador, demonstra estar pouco à vontade, se segura para não falar. **Irônica:** faz comentários críticos a toda hora, mas não revela superioridade como o arrogante. **Lamuriosa ou queixosa:** queixa-se o tempo todo de seus problemas, demonstra autopiedade. **Manipuladora:** tenta obrigar o entrevistador a fazer o que ele quer, com chantagens, indiretas, ameaças. **Não-cooperante:** não colabora com solicitações básicas na entrevista. **Oposicionista ou negativista:** recusa-se a participar da entrevista, se opõe a tudo que solicitam. **Perplexa:** assustado, parece não entender nada do que está acontecendo na entrevista.

(*Continua*)

Quadro 8.2

Aspectos físicos e psíquicos dos pacientes verificados por meio da aparência e da atitude global (modificado e expandido a partir de Betta, 1972; e, sobretudo, de Cheniaux, 2005) (*continuação*)

Atitudes globais	
Dissimuladora: tenta ocultar sintomas ou fatos de sua vida com algum intuito. **Dramática ou teatral:** hiperemocional, quer chamar a atenção, dá grande expressão a coisas corriqueiras. **Evasiva:** evita responder a perguntas, dá respostas muito gerais e inespecíficas. **Esquiva:** não deseja o contato social e foge dele. **Excitada:** fala e gesticula muito e de forma acelerada. **Expansiva:** fala alto, é o "dono do pedaço", comporta-se como se fosse muito importante. **Gliscróide ou "grudenta":** difícil de encerrar a conversa, quer atenção na sua prolixidade.	**Hostil ou beligerante:** provoca, irrita, parece querer confronto. **Querelante:** discute ou briga com o entrevistador por se sentir ofendido ou prejudicado. **Reivindicativa:** exige, de forma insistente, aquilo que julga ser seu direito, mesmo se inadequado. **Sedutora:** elogia e tenta agradar o examinador, às vezes sexualmente. **Simuladora:** tenta parecer que tem um sintoma ou problema que realmente não tem. **Submissa:** atende passiva e imediatamente, sem questionar, a todas as solicitações do entrevistador.

2. Em qualquer caso, é preciso ressaltar a necessidade de colaboração mútua entre o profissional e o paciente. Ambos devem trabalhar ativamente para que o processo terapêutico tenha bons resultados.

Na primeira entrevista, o profissional deve inicialmente colher os dados sociodemográficos básicos, como nome, idade, data de nascimento, naturalidade e procedência, estado civil, com quem reside, profissão, atividade profissional, religião, etc. Após colher tais informações, que de fato situam quem é o paciente que chega ao serviço de saúde, deve-se solicitar que o paciente relate a queixa básica, o sofrimento, a dificuldade ou o conflito que o traz à consulta. Esse primeiro relato deve ocorrer de forma predominantemente livre, para que o paciente expresse de forma espontânea seus sintomas e sinais. O profissional ouve o relato e observa, além do conteúdo daquilo que o paciente conta, como esse relato é feito, o "estilo" do paciente, sua aparência e suas atitudes básicas. O profissional deve, nesse momento, muito mais ouvir que falar. Suas intervenções objetivam facilitar o prosseguimento da fala do paciente. O psiquiatra espanhol Vallejo Nágera (1944) aconselhava ao jovem profissional:

> El explorador hablará poco y dejará que hable mucho el enfermo; la regla más importante del interrogatorio es que el alienista hable muy poco, para que sea locuaz el alienado.

Cabe lembrar, entretanto, que, embora a atitude básica do entrevistador na fase inicial da avaliação seja de escuta, isso não significa colocar-se em posição totalmente passiva. Bem ao contrário, pois, como enfatizado por Sullivan (1983), os dados es-

> Embora a atitude básica do entrevistador na fase inicial da avaliação seja de escuta, isso não significa colocar-se em posição totalmente passiva.

Quadro 8.3

Termos descritivos relativos à aparência física do paciente (modificado e expandido de Carlat, 2007)*

Aspecto corporal	Termos e possibilidades
Rosto	Agradável, atraente, bonito, feio, disforme, repugnante, neutro, pálido, cansado, doloroso, bronzeado, corado, rosado, magro, gordo, ossudo, redondo, quadrado, sem maquiagem, maquiagem adequada, maquiagem excessiva ou bizarra, rosto lavado, sujo, ensebado, perplexo, triste, alegre, angustiado, assustado, desanimado, rosto sem expressão (hipomímico).
Olhos e olhar	**Olhar:** vivaz, intenso, agressivo, vago, sonolento, perdido, esquivo, confuso, assustado, amedrontado, perplexo, fixo, abatido, doloroso, bondoso, afetuoso, de compaixão, tedioso, maligno, de desprezo, arrogante, irônico. **Olhos:** penetrantes, alegres, tristes, arregalados, lacrimejantes, avermelhados, inchados por choro, pálpebras caídas (sono ou sonolência).
Cabelos	Limpos, bem-penteados, emaranhados, sujos, oleosos, sebosos, com muita caspa, despenteados, curtos, longos, raspados (total ou parcial), na altura dos ombros, escassos, calvo (total ou parcial), lisos, crespos, ondulados, encaracolados, encarapinhados ou pixaim, rabo-de-cavalo, maria-chiquinha, tranças, afro, alisados, rastafári, *punk* (moicano), pintados, artificialmente aloirados ou oxigenados, com *dread-locks*, alisados, com "escova".
Pêlos faciais e unhas	**Pêlos faciais:** barbeado adequadamente, barba bem-feita, longa ou curta, descuidada, bem-cuidada, por fazer, suja, tingida, rala, com corte bizarro, tipo de bigode, cavanhaque, costeletas. **Unhas:** bem-cortadas, longas, limpas, sujas, esmaltadas, com esmalte cuidado ou descascado.
Dentes	Bem ou mal conservados, limpos, sujos, apodrecidos, com falhas (banguela), muitas cáries, gengivite, prótese (dentadura), uso de aparelho ortodôntico.
Odor	Agradável, desagradável, perfumado adequadamente ou em excesso, fétido, odor de fezes, de urina, mau hálito.
Roupas	Limpas, sujas, descuidadas, manchadas, apropriadas, velhas, caras, baratas, inadequadas, bizarras, profissionais, impecáveis, na moda, desleixadas, desconfortáveis, antiquadas, extravagantes, sexualmente provocantes, apertadas, folgadas, com *slogans* religiosos (ou políticos, filosóficos, ideológicos, etc.).
Movimentos, posturas e gestos	Inquieto, esfregando as mãos, pernas inquietas, trêmulo, tiques, espasmos, estala lábios ou articulações, franze os olhos e/ou lábios, parado, rígido, flácido, largado, curvado, empertigado, posturas, gestos e movimentos bizarros. A postura (e/ou gestos) pode(m) ser também, em maior ou menor grau, afeminada(os) em homens e masculinizada(os) em mulheres.
Corpo (global)	Compleição normal, magro, caquético, frágil, abaixo do peso, acima do peso, musculoso, robusto, atarracado, disforme, pouco obeso, obeso ou obeso mórbido, marcas corporais, tatuagens, *piercing*, posturas bizarras, corpo bonito, feio, sensual, atraente, desagradável, repugnante, proporcional, desproporcional, altura baixa, média ou alta.

* Há mais termos em português do que os aqui apresentados.

senciais da clínica psicopatológica emergem basicamente de uma observação participativa, da interação intensa entre paciente e profissional. Nesse sentido, Sullivan (1983) afirmava que

> o entrevistador desempenha um papel muito ativo na introdução de interrogações, não para mostrar que é inteligente ou cético, mas literalmente para ter certeza que ele sabe o que está sendo dito. [...] Quase toda vez que se pergunta, "Bem, você quer dizer assim e assado?", o paciente é um pouco mais claro sobre o que ele quer dizer...

O entrevistador deve lembrar que, nas fases mais iniciais da entrevista, o paciente pode estar muito ansioso e usar manobras e mecanismos defensivos como riso, silêncio, perguntas inadequadas, comentários circunstanciais sobre o profissional, etc. Por exemplo: "O senhor é jovem, não?"; ou "A senhora é casada, tem filhos?"; ou, ainda, "Por que será que todo psiquiatra é tão sério (ou tem barba, etc.)...?". São estratégias involuntárias ou propositais que podem estar sendo utilizadas para que o paciente evite falar de si, de seu sofrimento, de suas dificuldades. O profissional deve lidar com tais manobras, lembrando polidamente ao paciente que a entrevista tem por finalidade identificar seu problema para, assim, poder melhor ajudá-lo. Ele também deve deixar claro para o paciente que a pessoa do entrevistador não é o tema da entrevista.

Nos primeiros encontros, o entrevistador deve evitar pausas e silêncios prolongados, que possam aumentar muito o nível de ansiedade do paciente e deixar a entrevista muito tensa e improdutiva.

Alguns procedimentos podem facilitar a entrevista no momento em que o entrevitador lida com o **silêncio do paciente**:

1. O entrevistador deve fazer perguntas e colocações breves que assinalem a sua presença efetiva e mostrem ao paciente que ele está atento e tranqüilo para ouvi-lo.
2. O entrevistador deve evitar perguntas muito direcionadas, fechadas, que possam ser respondidas com um sim ou um não categóricos; também deve evitar perguntas muito longas e complexas, difíceis de serem compreendidas pelo paciente.
3. É sempre melhor intervenções do tipo "Como foi isso?", "Explique melhor", "Conte um pouco mais sobre isso", que questões como "Por quê?" ou "Qual a causa?". Estas últimas estimulam o paciente a fechar e encerrar a sua fala.
4. O entrevistador deve buscar para cada paciente em particular o tipo de intervenção que facilite a continuidade de sua fala.

Mesmo realizando entrevistas abertas, nos primeiros encontros, o profissional deve ter a estrutura da entrevista em sua mente, permitindo ao mesmo tempo que o paciente conte sua própria versão. Falar de forma livre permite que o entrevistador avalie melhor a personalidade e, por vezes, alguns conflitos do paciente. A fala livre também tem freqüentemente uma dimensão catártica, de "desabafo", que pode ser muito útil e servir de alívio para o paciente.

À medida que o relato feito pelo doente progride, tal relato vai sendo "encaixado" em determinada estrutura de história, que está na mente do entrevistador. Surgirão lacunas nessa história, que saltarão à mente deste. Após a fase de exposição livre, ele fará as perguntas que faltam para completar e esclarecer os pontos importantes da história e da anamnese de modo geral.

A duração e o número de entrevistas iniciais, com fins diagnósticos e de planejamento terapêutico não são fixos, depen-

dendo do contexto institucional onde se dá a prática profissional, da complexidade e da gravidade do caso e da habilidade do entrevistador.

Transferência e contratransferência

O conceito de transferência, introduzido por Freud, é um elemento fundamental que o profissional deve conhecer para realizar as entrevistas de forma mais habilidosa, entendendo e tratando seus pacientes de modo menos ingênuo, mais profundo e sensível.

A **transferência** compreende **atitudes e sentimentos cuja origem são basicamente inconscientes para o paciente**. Inclui tanto sentimentos positivos (como confiança, amor e carinho) quanto negativos (como raiva, hostilidade, inveja, etc.). Esses sentimentos são uma **repetição inconsciente do passado**; o analista (ou médico, profissional de saúde, professor, etc.) passa a ocupar, no presente, o lugar que o pai ou a mãe ocupavam no passado. O paciente não se dá conta, dizia Freud [1926] (1986), da natureza de tais sentimentos, e os considera como novas experiências reais, em vez de identificar o que eles realmente são, ou seja, reflexos, repetições de sentimentos do passado. O próprio Freud assim descreveu a transferência:

> Eles desenvolvem com seu médico relações emocionais, tanto de caráter afetuoso como hostil, que não se baseiam na situação real, sendo antes derivadas de suas relações com os pais (o complexo de Édipo). A transferência é a prova de que os adultos não superaram sua dependência infantil.

Assim, para Dewald (1981), a transferência é

> uma forma de deslocamento que dirige para um objeto presente todos aqueles impulsos, defesas, atitudes, sentimentos e respostas que experimentou e desenvolveu no relacionamento com os primeiros objetos de sua vida.

Segundo Jung (1999), a transferência não é mais que o processo comum de projeção: o paciente tende a projetar inconscientemente no médico os afetos básicos que nutria (e nutre) pelas figuras significativas de sua vida. Trata-se, então, de um fenômeno geral, não apenas exclusivo da relação analítica. Para Jung, pode-se observar a transferência sempre que uma relação íntima entre duas pessoas se estabelece. O paciente projeta inconscientemente, no profissional de saúde, os sentimentos primordiais que nutria por seus pais na infância. Sente o seu médico atual como o pai poderoso e onipotente (ou cruel e autoritário) da infância, ou a enfermeira como a mãe carinhosa e preocupada (ou omissa e negligente) de seus primeiros anos.

> O paciente tende a projetar inconscientemente no médico os afetos básicos que nutria (e nutre) pelas figuras significativas de sua vida.

A **contratransferência** é, em certo sentido, a transferência que o profissional estabelece com seus pacientes. Da mesma forma que o paciente, o profissional de saúde projeta inconscientemente, no paciente, sentimentos que nutria no passado por pessoas significativas de sua vida. Sem saber por que, este ou aquele paciente desperta no profissional sentimentos de raiva, medo, piedade, carinho, repulsa, etc. Ao identificar tais reações contratransferenciais e conscientizar-se que estas têm a ver com seus próprios conflitos, o profissional poderá lidar de forma mais racional e objetiva com o que está ocorrendo na relação profissional.

> Da mesma forma que o paciente, o profissional de saúde projeta inconscientemente, no paciente, sentimentos que nutria no passado por pessoas significativas de sua vida.

A avaliação psiquiátrica como um todo: anamnese, exame psíquico, exames somáticos e exames complementares

1. **Entrevista inicial**, na qual se faz a **anamnese**, ou seja, são colhidos todos os dados necessários para um diagnóstico pluridimensional do paciente, o que inclui os dados sociodemográficos, a queixa ou o problema principal e a história dessa queixa, os antecedentes mórbidos somáticos e psíquicos pessoais, contendo os hábitos e o uso de substâncias químicas, os antecedentes mórbidos familiares, a história de vida do paciente, englobando as várias etapas do desenvolvimento somático, neurológico, psicológico e psicossocial e, finalmente, a avaliação das interações familiares e sociais do paciente.
2. **Exame psíquico**, que é o exame do estado mental atual, realizado com cuidado e minúcia pelo entrevistador desde o início da entrevista até a fase final, quando são feitas outras perguntas. Detalhes do exame psíquico serão desenvolvidos no próximo item deste livro.
3. **Exame físico geral e neurológico**, que deve ser mais ou menos detalhado a partir das hipóteses diagnósticas que se formam com os dados da anamnese e do exame do estado mental do paciente. Caso o profissional suspeite de doença física, deverá examinar o paciente somaticamente em detalhes; caso suspeite de distúrbio neurológico ou neuropsiquiátrico, o exame neurológico deverá ser completo e detalhado. De qualquer forma, é conveniente que todos os pacientes, mesmo os psiquiátricos, passem por uma avaliação somática geral e neurológica sumária, mas bem-feita.
4. **Exames complementares**, sendo exemplos as avaliações por meio de **testes da personalidade e da cognição** (psicodiagnóstico e testes neuropsicológicos).
5. **Exames complementares (semiotécnica armada)**, como os **exames laboratoriais** (p. ex., exame bioquímico, citológico e imunológico do líquido cerebrospinal, hemograma, eletrólitos, metabólitos, hormônios, etc.), exames de **neuroimagem** (tomografia computadorizada do cérebro, ressonância magnética do cérebro, SPECT, etc.) e **neurofisiológicos** (EEG, potenciais evocados, etc.).

Alguns pontos adicionais sobre a anamnese psiquiátrica

Na anamnese, o entrevistador se interessa tanto pelos sintomas objetivos como pela vivência subjetiva do paciente em relação àqueles sintomas; pela cronologia dos fenômenos e pelos dados pessoais e familiares. Além disso, o entrevistador permanece atento às reações do paciente ao fazer os seus relatos. **Realiza, assim, parte do exame psíquico e da avaliação do estado mental atual durante a coleta da história (anamnese).**

Em alguns casos, o paciente consegue formular com certa clareza e precisão a “queixa principal”, que, ao entrevistador, parece consistente e central no sofrimento do paciente e para o seu diagnóstico. Isso pode ajudar o entrevistador a limitar o “campo de procura” a ser investigado. Muitas vezes, entretanto, o paciente psiquiátrico não tem qualquer queixa a fazer; ou simplesmente não tem crítica ou *insight* de sua situação, de seu sofrimento. Outras vezes, se recusa defensivamente a admitir

que tenha um problema mental, comportamental ou psicológico e que esteja sofrendo por ele (isso ocorre mais freqüentemente em pacientes do sexo masculino). Sobre isso, Mayer-Gross, Slater e Roth (1976, p. 38) esclarecem:

> Nenhum homem é capaz de avaliar devidamente sua própria personalidade posto que está ele mesmo dentro de suas próprias fronteiras – tal como nossos astrônomos não são capazes de ver a forma da galáxia na qual se move o sistema solar.

Entrevista e dados fornecidos por um "informante"

Assim, muitas vezes faz-se necessária a informação de familiares, amigos, conhecidos e outros. Os dados fornecidos pelo "informante" também padecem de certo subjetivismo, que o entrevistador deve levar em conta. A mãe, o pai ou o cônjuge do(a) paciente, por exemplo, têm **a sua visão** do caso, e não **"a visão"** (correta e absoluta) do caso. De qualquer forma, muitas vezes as informações fornecidas pelos acompanhantes podem revelar dados mais confiáveis, claros e significativos.

Pacientes com quadro demencial, déficit cognitivo, em estado psicótico grave e em mutismo geralmente não conseguem informar dados sobre sua história, sendo, nesses casos, fundamental a contribuição do acompanhante.

Sobre a confiabilidade dos dados obtidos: simulação e dissimulação

O profissional com alguma experiência em psicopatologia aprende prontamente que os dados obtidos em uma entrevista podem estar subestimados ou superestimados. Não é raro o paciente esconder deliberadamente um sintoma que vem apresentando, às vezes, de forma intensa; ou relatar um sintoma ou vivência que de fato não apresenta. O profissional deve exercer toda a sua habilidade para buscar diferenciar as informações verdadeiras, confiáveis e consistentes das falsas e inconsistentes.

Denomina-se **dissimulação** o ato de esconder ou negar voluntariamente a presença de sinais e sintomas psicopatológicos. Ao ser questionado sobre se tem algum temor, se tem cismas ou acredita que alguém quer prejudicá-lo, o paciente, mesmo tendo ideação paranóide ou delírio persecutório, nega terminantemente experimentar tais vivências. Em geral, tal negativa ocorre por medo de ser internado, de receber medicamentos ou de ser rotulado como louco. O paciente nega alucinações auditivas, mas cochicha freqüentemente com um ser imaginário que está ao seu lado, ou seja, apesar de dissimular as alucinações para o profissional, revela indícios de sua presença por meio de comportamento que é incapaz de dissimular.

> Denomina-se dissimulação o ato de esconder ou negar voluntariamente a presença de sinais e sintomas psicopatológicos.

Já a **simulação** é a tentativa do paciente de criar, apresentar, como o faria um ator, voluntariamente, um sintoma, sinal ou vivência que de fato não tem (Turner, 1997). O paciente diz ouvir vozes, estar profundamente deprimido ou ter fortes dores nas costas, tudo isso no sentido de obter algo. Geralmente, o paciente que simula sintomas está buscando obter algum ganho com isso: dispensa do trabalho, aposentadoria, internação para não ser encontrado por traficantes de drogas, etc. Deve-se ressaltar que a simulação é, por definição, um ato voluntário e consciente, não se incluindo aqui os sin-

> A simulação é a tentativa do paciente de criar, apresentar, voluntariamente, um sintoma, sinal ou vivência que de fato não tem.

tomas psicogênicos (como paralisia histérica) sem base orgânica, mas com suas raízes em processos e conflitos inconscientes.

Crítica do paciente e *insight* em relação a sintomas e transtornos

Em psicopatologia, um aspecto característico da clínica é que parte dos pacientes, apesar de apresentar sintomas graves que comprometem profundamente suas vidas, não os reconhece como tal (Lewis, 1934-2004). Foi proposto que o *insight* não é um fenômeno categorial e unidimensional, mas inclui vários níveis de intensidade e distintas dimensões (Dantas; Banzato, 2004). Por exemplo, David (1990) propôs ser o *insight* composto por três componentes:

1. consciência da doença;
2. modo de nomear ou renomear os sintomas;
3. adesão a tratamentos propostos.

Em particular, pacientes graves, como psicóticos (Dantas; Banzato, 2007), bipolares em quadro maníaco, alguns dependentes químicos, com retardo mental, síndromes autísticas ou demências, apresentam graves prejuízos quanto ao *insight* (Antoine et al., 2004).

Perspectiva transversal *versus* longitudinal

A avaliação psiquiátrica possui uma dimensão longitudinal (histórica, temporal) e outra transversal (momentânea, atual) da vida do paciente. Ao se colher a dimensão longitudinal, deve-se buscar descrever relações temporais de forma clara e compreensível e observar como o paciente relata, sente e reage aos eventos passados.

Sem a dimensão longitudinal, a transversal fica obscura e incompleta, sendo difícil a sua devida apreciação. Assim, as relações temporais ficam perdidas.

Relato do caso por escrito

Ao final da entrevista, forma-se o esboço do caso na mente do entrevistador. O estado mental foi observado durante toda a coleta dos dados, surgindo, dessa forma, a síntese do estado mental do paciente para o profissional. O relato do caso por escrito deve conter, de preferência, as próprias palavras que o paciente e os informantes usaram ao descrever os sintomas mais relevantes. O uso de termos técnicos deve ser sóbrio e proporcional ao grau de conhecimento que o profissional obteve do caso. Já a caligrafia deve ser legível, e o estilo, claro, preciso, com frases e parágrafos curtos.

Deve-se evitar terminologia por demais tecnicista que geralmente revela a insegurança do profissional, que busca compensar, na linguagem rebuscada, os vácuos de sua ignorância sobre o caso, ou que quer demonstrar de modo exibicionista sua erudição e seu saber médico. Além disso, o profissional deve evitar a interpretação precoce dos dados, seja ela psicológica, psicanalítica, sociológica ou biológica. Uma interpretação precoce, feita muitas vezes de modo apressado e excessivo pelo profissional que quer logo ver um sentido em tudo, pode impedir que se enxergue o paciente que está à sua frente.

É preciso lembrar que, apesar de serem descritos fenômenos irracionais em uma história psicopatológica, muitas vezes de forma desorganizada e caótica, **o relato deve ser organizado e coerente**, facilitando o estabelecimento de hipóteses diagnósticas e o planejamento terapêutico adequado. O paciente tem o direito de ser

confuso, contraditório, ilógico; já o profissional, ao relatar o caso, não.

Além do aspecto médico essencial, que é o diagnóstico clínico, a entrevista e o seu relato devem fornecer uma compreensão suficientemente ampla da personalidade do paciente, da dinâmica de sua família e de seu meio sociocultural imediato.

O relato escrito de um caso tem, além de valor médico, importante valor legal. É um documento que, sendo bem-redigido, poderá ser decisivo em questões legais futuras, impensáveis no momento em que a avaliação está sendo feita.

No momento em que o entrevistador redige os dados que coletou, deve lembrar que a história clínica deve ser redigida com uma linguagem simples, precisa e compreensível. O relato deve ser pormenorizado, mas não prolixo, **detalhado naquilo que é essencial** ao caso e **conciso naquilo que é secundário**.

Não será enfocada aqui a entrevista de crianças e adolescentes. Um bom protocolo de avaliação psicopatológica desses grupos etários é o sugerido pela American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Também são recomendados os trabalhos de Shaffer, Lucas e Richters (1999), o livro de Michael Rutter e Eric Taylor (2002), assim como a obra acessível e didática de Robert Goodman e Stephen Scott (2004).

Quadro 8.4
Avaliação inicial e perguntas introdutórias

1. Providenciar um local com o mínimo de **privacidade** e **conforto** para a entrevista (no caso de pacientes muito irritados, potencialmente agressivos, evitar lugares trancados e de difícil acesso ou evasão).
2. **Apresentar-se** ao paciente e depois explicar brevemente o objetivo da entrevista.
3. Buscando estabelecer um contato empático com o paciente, iniciar com as **perguntas gerais** sobre quem é ele: Como se chama? Quantos anos tem? Qual seu estado civil? Tem filhos? Com quem mora? Até que ano foi à escola? Qual a sua profissão? Em que trabalha? Qual a sua religião? Pratica?
4. **Qual o seu problema**? (alternativa: O que o traz aqui? Como tem se sentido? Tem alguma dificuldade? Sente que algo não vai bem? Está se sentindo doente?)
5. **Como começaram seus problemas**? Como tem passado nos últimos anos (meses ou semanas)?
6. Quais os **tratamentos** que fez até hoje? Quais foram os resultados desses tratamentos?
7. **De onde vêm seus problemas**? (alternativa: A que atribui os seus problemas?)
8. Observar com atenção, desde o início da entrevista, **postura, atitudes globais**, **roupas** e **acessórios**, **comportamentos não-verbais** e **mímica**; enfim, prestar atenção e descrever com detalhes a **aparência física** e **psíquica geral** do paciente.
9. Verificar o **impacto que o paciente causa no entrevistador**, os sentimentos que a entrevista produz (pena, medo, curiosidade, chateação, confusão, dúvidas, tédio, irritação, etc.). Perguntar a si mesmo se o paciente é repulsivo ou atraente, simpático ou antipático, produz o desejo de ajudá-lo ou de não querer mais vê-lo, etc.
10. **Lembrar-se** de que é necessário, na entrevista, utilizar **linguagem** e **vocabulário compatíveis com o nível intelectual** do paciente, adequados ao seu **universo cultural** e aos seus **valores** morais e religiosos.
11. É conveniente utilizar **perguntas mais abertas para os pacientes com bom nível intelectual**. Para pacientes com **déficit intelectual, quadros demenciais** ou **muito desestruturados**, empregar **perguntas mais fechadas, mais estruturadas**, que permitam respostas do tipo “sim” ou “não”.

Quadro 8.5
História psiquiátrica

I. Identificação

Nome do examinador: ______________________ Data: ___/___/___ Local de atendimento: ________________

Nome do paciente: __________________________________ Sexo: ______________ Idade: ________

Estado civil: ___ (1. casado/amasiado; 2. solteiro; 3. separado/divorciado; 4. viúvo) Nº de filhos: ___
Escolaridade (anos de escola com sucesso): ____

Etnia: ___ (1. branca; 2. parda; 3. negra; 4. amarela)

Quem acompanha o paciente: ____________________ Que instituição o encaminha: ______________________

Procedência/endereço: ____

Naturalidade (cidade, estado): ____

Há quantos anos mora no local atual de residência: ________ Profissão: _________________________

Vínculo empregatício: ____

Ocupação atual: ______________________________ (1. dona de casa; 2. ativo; 3. ativo, mas irregular; 4. inativo)

Religião (igreja que freqüenta): _________________________ Há quanto tempo está nessa igreja: __________

Freqüência à igreja: __________________ (vezes por mês que a freqüenta) 2ª religião: ____________________

Nível socioeconômico:

1. Tipo de residência: __________________ (1. alvenaria; 2. madeira e pavimentada; 3. madeira e piso de terra)

2. Propriedade da casa: ______________________________ (1. própria; 2. alugada; 3. emprestada ou irregular)

3. Telefone em casa: __________________ (1. sim; 2. não) 4. Carro da família: ______________ (1. sim; 2. não)

Quantas pessoas moram em sua casa: ____

Renda familiar: __________________________________ Renda *per capita*: _____________________

II. Queixa principal e história da doença atual

Descrever (de preferência com as palavras do paciente) sintomas, sinais e comportamentos desde o início do último episódio até o presente momento.

____

____

____

Você já consultou, no passado, médico ou psicólogo (ou profissional de saúde mental) para problemas dos nervos, psicológicos ou psiquiátricos? ____

Há quanto tempo foi a primeira consulta? ____

Já tomou remédio para os nervos? ____

Há quanto tempo tomou pela primeira vez? ____

Muitas pessoas procuram ajuda de benzedeira, padre, pastor, centro espírita ou de outra pessoa com poderes de cura. Você já procurou alguma ajuda desse tipo? __________________________________

(Em caso positivo, qual e como foi?) ____

____

____

Internação psiquiátrica: ____

(Em caso positivo, há quanto tempo foi a primeira internação psiquiátrica?) ______________________

Quantas internações psiquiátricas você teve até hoje? ______________________________________

Em média, quanto tempo duraram as internações? ____

Há quanto tempo foi a última internação? ____

(*Continua*)

(*Continuação*)

III. Interrogatório sintomatológico complementar

Cardiorrespiratório; gastrintestinal; geniturinário e ginecológico; endócrino; neurológico; imunológico; osteoarticular; etc. Descrever: ___

IV. Antecedentes mórbidos pessoais

Psiquiátricos: Episódios psiquiátricos anteriores (descrever): ___
___
___
Tentativas de suicídio: ___ Quantas: ___ Brigas, agressões: ___
Problemas legais (processos): ___ Problemas com a polícia: ___
Não-psiquiátricos: Hipertensão: ___ Diabete: ___
Traumatismo craniano com perda de consciência: ___ Convulsões: ___ Cisticercose: ___
Chagas: ___ AIDS: ___ Tuberculose: ___ Descrever: ___
___
___

V. Hábitos

Álcool: usa esporadicamente? ___
(Em caso positivo, aplicar o CAGE.) Já sentiu que deveria parar ou diminuir a bebida? ___
Sente-se chateado consigo mesmo pela maneira com que costuma beber? ___
Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? ___
As pessoas o aborrecem quando criticam o seu modo de beber? ___
CAGE (soma simples): ___
Há quanto tempo bebe pesadamente? ___ Dose atual diária de álcool: ___
Tabagismo: ___ (Cigarros/dia: ___) Café: ___ (Xícaras pequenas/dia: ___)
Benzodiazepínicos: ___ Qual(is)? ___ Quantos mg/dia? ___ Há quanto tempo? ___
Drogas ilícitas: ___ Qual(is)? ___
Há quanto tempo? ___ Que freqüência e quantidade? ___
Drogas injetáveis: ___

VI. Antecedentes patológicos familiares em consangüíneos e parentes não-consangüíneos (descrever e desenhar o familiograma)

VII. Relacionamento e dinâmica familiar (descrever)

VIII. Exame físico

Estado geral: Pulso: ___ PA: ___ / ___ Peso: ___ kg Altura: ___ IMC: ___
Desnutrido: ___ Desidratado: ___ Descorado: ___ Dispnéico: ___
Cianótico: ___ Linfonodomegalia: ___ Ictérico: ___ Edemas: ___

(*Continua*)

Quadro 8.5

História psiquiátrica (*continuação*)

VIII. Exame físico

Descrever o estado físico geral. ____
____

Especial: Coração (ausculta anormal): ____________ Pulmões (ausculta anormal): __________

Abdome (palpação anormal): __________ Outros: ________________________________
____

Resumir os dados positivos do exame físico. _______________________________________
____

IX. Exame neurológico

Fácies, atitude, marcha, equilíbrio
Nervos cranianos II, III, IV e VI: campo visual, reflexos pupilares, motilidade ocular; V: mastigação; VII: mm. da mímica, XI: mm. pescoço e ombros; e XII: musculatura da língua.
Tônus e força muscular (grau 0 = paralisia; 1 = contração muscular sem deslocamento; 2 = contração muscular sem oposição da gravidade; 3 = contração muscular contra a gravidade; 4 = capaz de vencer resistência; 5 = normal; reflexos miotáticos (axiais da face, membros superiores e inferiores) e reflexos musculocutâneos.
Sistema sensitivo-somático (superficial: tato, dor, temperatura; profundo: sensibilidade vibratória, pressão, cinético-postural); funções cerebelares (marcha, equilíbrio, coordenação). Movimentos involuntários (tremores, tiques, fasciculações, mioclonias, coréia, atetose, balismo, etc.)

Resumir os dados positivos do exame. ____
____

X. Exame psíquico (estado mental atual e nos dias anteriores à consulta; utilizar, de preferência, as palavras do paciente)

1. Aspecto geral: cuidado pessoal, higiene, trajes, postura, mímica, atitude global do paciente.
2. Nível de consciência.
3. Orientação alo e autopsíquica.
4. Atenção.
5. Memória (fixação e evocação).
6. Sensopercepção.
7. Pensamento (curso, forma e conteúdo).
8. Linguagem.
9. Inteligência.
10. Juízo de realidade.
11. Vida afetiva (estado de humor basal, emoções e sentimentos predominantes).
12. Volição.
13. Psicomotricidade.
14. Consciência e valoração do Eu.
15. Vivência do tempo e do espaço.
16. Personalidade.
17. Descrever sentimentos contratransferenciais.
18. Crítica em relação a sintomas e *insight*.
19. Desejo de ajuda.
20. Se for o caso, o tratamento é voluntário ou involuntário?

Súmula do exame psíquico (fazer um resumo, utilizando os termos técnicos). ________________
____

(*Continua*)

(*Continuação*)

XI. História de vida (descrever)

1. Gestação e parto: criança desejada?, doenças da mãe na gravidez, condições do parto e ao nascer.
2. Desenvolvimento no 1º e no 2º ano de vida: (amamentação, idade em que engatinhou, ficou em pé, andou e falou).
3. Comportamento durante a infância: relacionamento com os pais, irmãos e amigos.
4. Na escola: relacionamento com colegas e professores, rendimento escolar, aceitação de regras, brigas, etc.
5. Puberdade e adolescência: como foi a menarca, os primeiros namoros, a sexualidade, o desenvolvimento da identidade, o/a trabalho/profissão, a relação com os pais.
6. Vida de adulto jovem: casamento, sexualidade, filhos pequenos, amizades, aceitação de responsabilidades.
7. Vida adulta madura e velhice: evolução do casamento, relação com amigos e filhos, aceitação do envelhecimento e da morte.

História da capacidade de adaptação e resiliência: Que estresses e dificuldades importantes já superou no passado? Como conseguiu superá-los? Qual foi o melhor período da vida? Qual foi o pior período da vida? Quais os pontos fortes e as vulnerabilidades do paciente?

____

____

XII. Resultados das avaliações complementares

Exames e dosagens laboratoriais gerais, exames do líquido cerebrospinal, EEG, psicodiagnóstico, testes neuropsicológicos, exames de neuroimagem estrutural e funcional, etc.

XIII. Hipóteses diagnósticas (sindrômica e de acordo com os critérios da CID-10)

Diagnóstico sindrômico: ______________________________________

Diagnóstico psiquiátrico principal (CID-10): ______________________________________

Diagnóstico psiquiátrico secundário (CID-10): ______________________________________

Diagnóstico de personalidade e do nível intelectual (CID-10): ______________________________________

Distúrbios e doenças físicas: ______________________________________

Formulação psicodinâmica do caso: ______________________________________

Formulação cultural do caso: ______________________________________

Análise dos fatores etiológicos envolvidos: ______________________________________

XIV. Planejamento terapêutico e ações terapêuticas implementadas

Descrever: ______________________________________

Medicamento que vem utilizando: ______________________________________

Medicamento prescrito: ______________________________________

Tratamento psicoterapêutico indicado: ______________________________________

Procedimentos socioterapêuticos indicados: ______________________________________

Modos sugeridos de manejo do caso: ______________________________________

Questões de revisão

- Uma entrevista bem-conduzida é aquela em que o profissional fala muito pouco e ouve pacientemente o enfermo. Há, contudo, certas situações que exigem intervenção mais ativa do entrevistador. Nesse sentido, que aspectos devem ser observados ao se conduzir uma entrevista?
- Ao entrevistar um paciente, que tipo de postura/atitude o entrevistador deve evitar?
- Quais as “três regras de ouro” da entrevista em saúde mental?
- Diante de um paciente tímido, que fica em silêncio durante a entrevista, que estratégias podem ser usadas pelo entrevistador a fim de que este silêncio seja rompido?
- Estabeleça a diferença entre transferência e contratransferência.
- Descreva como deve ser o relato do caso por escrito.

9

As funções psíquicas elementares e suas alterações

ADVERTÊNCIA: LIMITAÇÕES DE UMA PSICOPATOLOGIA DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS

Apesar de ser absolutamente necessário o estudo analítico das funções psíquicas isoladas e de suas alterações, nunca é demais ressaltar que a separação da vida e da atividade mental em distintas áreas ou funções psíquicas é um procedimento essencialmente artificial. Trata-se apenas de uma estratégia de abordagem da vida mental que, por um lado, é bastante útil, mas, por outro, um tanto arriscada, pois pode suscitar enganos e simplificações inadequadas. É útil porque permite o estudo mais detalhado e aprofundado de determinados fatos da vida psíquica normal e patológica; e arriscada, porque facilmente se passa a acreditar na autonomia desses fenômenos, como se fossem objetos naturais.

Com o passar do tempo, na prática clínica diária, passa-se inadvertidamente a crer que a memória, a sensopercepção, a consciência do Eu, a vontade, a afetividade, etc., são áreas autônomas e naturais, separadas umas das outras e com vida própria. Deixa-se de lembrar o que elas realmente são, isto é, constructos aproximativos da psicologia e da psicopatologia que permitem uma comunicação mais fácil e um melhor entendimento dos fatos. Que fique claro: **não existem funções psíquicas isoladas** e alterações psicopatológicas compartimentalizadas desta ou daquela função. **É sempre a pessoa na sua totalidade que adoece**.

Não existem funções psíquicas isoladas e alterações psicopatológicas compartimentalizadas desta ou daquela função. É sempre a pessoa na sua totalidade que adoece.

Essa questão é discutida, com muita propriedade, pelo psicopatólogo Eugène Minkowski (1966). Ele questiona se o objeto da psicopatologia seria o estudo de sintomas isolados, atomizados e cindidos ou se, de fato, não seria mais adequado um projeto de estudo holístico, globalizante, da pessoa que adoece.

Além disso, para Minkowski, a psicopatologia deve sempre e necessariamente estudar o homem na "primitiva solidariedade inter-humana". A psicopatologia é, impreterivelmente, uma ciência "a duas vozes", fundamentada em determinado encontro de, pelo menos, dois se-

res humanos. O que conta não são os sinais e os sintomas, mas, sobretudo, o fundo mental e inter-humano do qual eles procedem e no qual se realizam, e que, afinal, determinam a sua significação, o seu sentido.

As funções perturbadas fazem pressentir transtornos subjacentes, ligados à personalidade inteira, atingida na sua estrutura e em seu modo de existir. A psicopatologia geral dos manuais que Minkowski (1966) critica seria apenas a descrição mecânica e irrefletida dos sintomas, um exercício classificatório vazio, sem indicar o essencial, ou seja, a significação dos fenômenos.

Nos transtornos psiquiátricos, não se trata apenas de agrupamentos de sintomas que coexistem com regularidade e revelam, assim, sua origem comum. Os sintomas que os compõem são ligados estruturalmente entre si. A psicopatologia, na medida em que é centrada na pessoa humana, não se desenvolve a não ser partindo de determinadas síndromes (psicopatologia sindrômica). A psicopatologia sintomática, como estudo dos sintomas isolados, não passa de uma semiologia psiquiátrica rudimentar. As alterações de funções isoladas constituem, em última análise, objeto da neurologia, da neuropsicologia ou da neurofisiologia, e não da psicopatologia.

Monedero (1973, p. 21) explicita essa questão utilizando um exemplo claramente clínico:

> As alucinações durante as intoxicações não são iguais às do esquizofrênico, do histérico, ou as que aparecem no extremo cansaço. Se, no estudo das alucinações, prescindimos das diferenças entre umas e outras, seria inútil todo o nosso trabalho psicopatológico. Por isso, torna-se necessária a contínua referência aos quadros nosográficos, que são estruturas totalizantes, nos quais adquirem sentido os fenômenos particulares.

Há, portanto, em psicopatologia, uma relação dialética fundamental entre o conhecimento do elementar e o do global, da in-

Quadro 9.1

Funções psíquicas no exame do estado mental atual

Em **preto** Funções mais afetadas nos transtornos psico-orgânicos
Em **branco** Funções mais afetadas nos transtornos afetivos, neuróticos e da personalidade
Em **azul** Funções mais afetadas nos transtornos psicóticos

Em preto	Em branco	Em azul
Nível de consciência Atenção* Orientação Memória Inteligência Linguagem**	Afetividade Vontade Psicomotricidade Personalidade	Sensopercepção Pensamento Juízo de realidade Vivência do Eu

*Também nos quadros afetivos (mania, principalmente).
**Também nas psicoses.

serção de estruturas básicas em estruturas totalizantes que redimensionam constantemente o sentido de tais estruturas básicas.

É, finalmente, Eugen Bleuler (1985, p. 16) quem adverte sobre o perigo compartimentalizador de qualquer psicopatologia, afirmando:

> Em um ato psíquico, apenas pode ocorrer uma separação teórica, não uma separação real, entre as distintas qualidades psíquicas de que se trata.
> [...] Na observação e descrição do mundo das manifestações psíquicas e psicopatológicas tendemos, de há muito, à fragmentação: descrevemos funções psíquicas singulares (como a sensação, a percepção, a atenção, a memória, o pensamento, o juízo...).
> [...] Se reunirmos estes fragmentos, ficamos com a impressão de que a vida psíquica pode ser compreendida como um mosaico, a partir de uma soma de manifestações isoladas. Esta impressão, não obstante, não corresponde à realidade.
> [...] Cada função parcial na vida psíquica e cada aspecto da realidade psíquica só existem em vinculação estreita com toda a vida e com a realidade psíquica total.

Questões de revisão

- Cite as principais limitações de uma psicopatologia das funções psíquicas compartimentalizadas.
- Qual a importância, segundo Monedero (1973), dos quadros nosográficos para dar sentido aos fenômenos particulares (sintomas isolados)?

10

A consciência e suas alterações

DEFINIÇÕES BÁSICAS

O termo consciência origina-se da junção de dois vocábulos latinos: *cum* (com) e *scio* (conhecer), indicando o conhecimento compartilhado com outro e, por extensão, o conhecimento "compartilhado consigo mesmo", apropriado pelo indivíduo (Zeman; Grayling; Cowey, 1997). Na língua portuguesa, a palavra consciência tem, pelo menos, três acepções diferentes:

1. A **definição neuropsicológica** emprega o termo consciência no sentido de estado vígil (vigilância), o que, de certa forma, iguala a consciência ao grau de clareza do sensório. Consciência aqui é fundamentalmente o estado de estar desperto, acordado, vígil, lúcido. Trata-se especificamente do **nível de consciência**.
2. A **definição psicológica** a conceitua como a soma total das experiências conscientes de um indivíduo em determinado momento. Nesse sentido, consciência é o que se designa *campo da consciência*. É a **dimensão subjetiva** da atividade psíquica do sujeito que se volta para a realidade. Na relação do Eu com o meio ambiente, a consciência é a capacidade de o indivíduo entrar em contato com a realidade, perceber e conhecer os seus objetos.
3. A **definição ético-filosófica** é utilizada mais freqüentemente no campo da ética, da filosofia, do direito ou da teologia. O termo consciência refere-se à capacidade de tomar ciência dos deveres éticos e assumir as responsabilidades, os direitos e os deveres concernentes a essa ética. Assim, a consciência ético-filosófica é atributo do homem desenvolvido e responsável, engajado na dinâmica social de determinada cultura. Trata-se da **consciência moral** ou **ética**.

Uma corrente filosófica que se ocupou de modo particular da consciência foi a fenomenologia, desenvolvida pelo filósofo Edmund Husserl (1859-1938). A psicologia clássica, com base na teoria sensualista-empirista, compreendia a consciência como algo passivo, uma tábula rasa ou papel em branco no qual os objetos do mundo penetram e imprimem suas mar-

cas, formando as imagens e as representações. Husserl propõe inverter essa visão meramente passiva da consciência; para ele, o fundamental da consciência é ser profundamente “ativa”, visando o mundo e produzindo sentido para os objetos que se lhe apresentam. Não existiria, então, uma consciência pura, pois ela é necessariamente “consciência de algo”. A **intencionalidade**, isto é, o visar algo, o dirigir-se aos objetos, de modo ativo e produtivo, é próprio da consciência na visão fenomenológica (Penha, 1991).

John Searle (2000) talvez seja um dos filósofos contemporâneos que mais tem se dedicado ao estudo da consciência. Ele ressalta a importância de articular conceitualmente a consciência com a busca das neurociências contemporâneas de *correlatos neuronais dos estados de consciência* (CNEC). O aspecto fundamental da consciência que se deve tentar explicar, segundo ele, é seu caráter de **unidade qualitativa subjetiva**. Mas o que vem a ser isso?

Todo estado de consciência vem acompanhado de um **sentimento qualitativo especial**. A experiência de beber uma cerveja com os amigos é muito diferente da de ouvir uma sinfonia de Beethoven, e ambas são distintas de sentir o perfume de uma mulher bonita ou de ver o crepúsculo na praia. Esses exemplos revelam o caráter qualitativo das experiências conscientes. Experimentar os estados de consciência é também algo essencialmente **subjetivo**. A experiência da consciência é sempre realizada em um sujeito, vivenciada na primeira pessoa; sem subjetividade, não há experiência consciente, diz Searle. Por fim, os estados de consciência são experimentados como um **campo de consciência unificado**. Assim, unidade, subjetividade e caráter qualitativo são as marcas da experiência dos estados de consciência.

Searle (2000) ainda acrescenta outras características aos estados de consciência. Segundo ele, esses estados são sempre vivenciados com **caráter prazeroso** ou **desprazível**, como experiências totais e globalizantes (**caráter gestáltico**) e com um senso de **familiaridade** que impregna todas as experiências conscientes (mesmo quando vejo uma casa que nunca vi antes, ainda reconheço que é uma casa, sua forma e estrutura me são familiares). Os pintores surrealistas tentaram quebrar tal senso de familiaridade, mas mesmo um relógio derretendo nos remete à estrutura familiar de um relógio.

Este capítulo, entretanto, não se aprofunda nos aspectos filosóficos da consciência humana (recomenda-se, nesse sentido, assim como o texto de Searle [2000], o trabalho de Nagel [1974]). Serão abordados apenas os seus aspectos psicológicos e, principalmente, neuropsicológicos.

NEUROPSICOLOGIA DA CONSCIÊNCIA

O conceito de **sistema reticular ativador ascendente (SRAA)**, desenvolvido por Moruzzi e Magoun (1949), afirma que a capacidade de estar desperto e agir conscientemente depende da atividade do tronco cerebral e do diencéfalo, os quais exercem poderosa influência sobre os hemisférios cerebrais, ativando-os e mantendo o tônus necessário para seu funcionamento normal. O SRAA se origina no **tronco cerebral**, e sua ação se estende até o córtex, por meio de projeções talâmicas. Elementos do SRAA particularmente importantes para a ativação cortical são os neurônios da parte superior da ponte e os do mesencéfalo. Tais neurônios recebem impulsos da maioria das vias ascendentes, as quais trazem estímulos intrínsecos (proprioceptivos e viscerais) e extrínsecos (órgãos dos sentidos: visão, audição, tato, paladar e olfato). Lesões ou disfunções no

SRAA produzem alterações do nível de consciência e prejuízo a todas as funções psíquicas.

Embora a importância do SRAA para o nível de consciência seja aceita até hoje, sabe-se agora que várias estruturas mais altas, do telencéfalo, têm participação crítica na gênese da consciência. Verificou-se, por exemplo, que a ação sincrônica de numerosas **áreas corticais** visuais, que contêm amplas redes neuronais bidirecionais, é uma pré-condição para a visão consciente.

É de fundamental importância, para a atividade mental consciente, a atividade do **lobo parietal direito**, o qual está intimamente relacionado ao reconhecimento do próprio corpo, dos objetos e do mundo, assim como da apreensão daquilo que, convencionalmente, se denomina realidade. Também as **áreas pré-frontais** são fundamentais na organização da atividade mental consciente. Finalmente, reconhece-se a importância das **interações talamocorticais** na ativação e na integração da atividade neuronal cortical relacionada à consciência (Zeman; Grayling; Cowey, 1997).

Nos anos 1990, o cientista Francis Crick, que formulou, com James Watson, a tese do DNA como dupla hélice, também propôs, juntamente com o neurocientista Cristof Koch, uma hipótese original para dar conta da consciência. Eles propuseram que a consciência emergiria relacionada aos **disparos sincronizados** dos neurônios do **tálamo** e das camadas quatro e seis do **córtex cerebral**, em ritmo de 40 vezes por segundo. Apesar do caráter ambicioso da proposta de Crick e Koch (1998), a maioria dos neurocientistas concorda que é extremamente difícil encontrar os correlatos neuronais da emergência dessa experiência humana chamada consciência.

Estão relacionados a **alterações do nível da consciência** na síndrome denominada *delirium* (que veremos adiante) as regiões do **córtex parietal posterior direito** superficial, o **córtex pré-frontal bilateral**, o córtex fusiforme (ventromedial **temporoparietal**), o **giro lingual**, o **tálamo anterior direito** e os **núcleos basais**. Também têm sido reconhecidas as conexões talamofrontais e temporolímbicas frontais, em nível subcortical, como importantes na gênese dos quadros de *delirium* (Trzepacz; Meagher; Wise, 2006).

Assim, pode-se concluir que, além do SRAA, também o tálamo e as regiões do córtex parietal direito e pré-frontal direito têm importância estratégica para o funcionamento da consciência, sobretudo no seu aspecto de nível de consciência. O **tálamo** é uma estrutura posicionada singularmente no centro do cérebro para filtrar, integrar e regular as informações que chegam ao cérebro, dados que partem do tronco cerebral e se dirigem ao córtex e ao subcórtex. O tálamo é também extensiva e reciprocamente interligado a todas as áreas do córtex cerebral, de forma que uma pequena lesão talâmica pode produzir graves alterações do nível de consciência, como, por exemplo, o *delirium* (Trzepacz; Meagher; Wise, 2006). Finalmente, deve-se ressaltar a importância das estruturas encefálicas do **lado direito** (parietais, frontais e mesmo talâmicas) na origem dos transtornos da consciência.

> Além do SRAA, também o tálamo e as regiões do córtex parietal direito e pré-frontal direito têm importância estratégica para o funcionamento da consciência.

CAMPO DA CONSCIÊNCIA

Ao voltar-se para a realidade, a consciência demarca um **campo**, no qual se pode delimitar um **foco**, ou parte central mais iluminada da consciência, e uma **margem**

(franja ou umbral), que seria a periferia menos iluminada, mais nebulosa, da consciência. Segundo a psicopatologia clássica, é na margem da consciência que surgem os chamados automatismos mentais e os estados ditos subliminares.

O inconsciente

> Agora porém, o caminho é escuro. Passamos da consciência para a inconsciência, onde se faz a elaboração confusa das idéias, onde as reminiscências dormem ou cochilam. Aqui pulula a vida sem formas, os gérmens e os detritos, os rudimentos e os sedimentos; é o desvão imenso do espírito.
>
> *Machado de Assis*
> *(O Cônego ou metafísica do estilo,*
> *em* Várias histórias*, 1896)*

O conceito de inconsciente eficaz, dinâmico e determinante da vida psíquica é um dos pilares mais importantes da psicanálise e da psiquiatria dita dinâmica.

Já no final do século XIX, Freud e Breuer (1895), pesquisando com a hipnose os conteúdos esquecidos, reprimidos, de seus pacientes, verificaram que certas idéias que surgiam em estado hipnótico eram intensas, mas isoladas da comunicação associativa com o restante do conteúdo da consciência, organizando-se, então, como uma *segunda consciência*. Perceberam que, em pacientes histéricos, os atos podem ser regidos por essa outra vontade que não a consciente.

Freud chegou à conclusão, ao longo de suas pesquisas, de que existem duas classes de inconsciente: o verdadeiro inconsciente e o inconsciente pré-consciente. O inconsciente verdadeiro é fundamentalmente *incapaz de consciência*. Já o pré-consciente é composto por representações, idéias e sentimentos suscetíveis de serem recuperados por meio de esforço voluntário: fatos, lembranças, idéias que esquecemos, deixamos de lado, mas que se pode, a qualquer hora, evocar voluntariamente. Por sua vez, o inconsciente verdadeiro é muito diferente, inacessível à evocação voluntária, só tem acesso à via pré-consciente e apenas por meio de uma técnica especial (hipnose, psicanálise, etc.) pode tornar-se consciente. A rigor, para Freud, o inconsciente verdadeiro só se revela por meio de subprodutos que surgem na consciência, as chamadas formações do inconsciente: os sonhos, os atos falhos, os chistes e os sintomas neuróticos.

Em seu verbete sobre psicanálise, na Enciclopédia Britânica, Freud [1926] (1994, p. 104-105) aproxima o inconsciente ao conjunto de conteúdos recalcados, excluídos da consciência:

> Há, na mente, uma força que exerce as funções de uma censura e exclui da consciência e de qualquer influência sobre a ação todas as tendências que a desagradam. Chamamos então essas tendências de "recalcadas". Elas permanecem inconscientes e, se o médico tenta trazê-las à consciência do paciente, provoca "resistência". Esses impulsos instintivos recalcados não têm, contudo, seu poder anulado por esse processo. Em muitos casos, conseguem fazer sentir sua influência por caminhos tortuosos, e a satisfação indireta ou substitutiva de impulsos recalcados é o que cria os sintomas neuróticos.

Características funcionais do inconsciente

Para Freud, o inconsciente é bem mais do que um simples estado mental fora da consciência. Ele é, embora obscuro, a estrutura mental mais importante do psiquismo humano. Segundo ele, o sistema inconsciente funciona regido pelo princípio do prazer por meio do processo primário em forma de condensação e deslocamento. É, também, isento de contradições mútuas e

não possui referência ao tempo. Explicando melhor:

1. **Atemporalidade**. No inconsciente, não existe tempo; ele é atemporal. Os processos inconscientes não são ordenados temporalmente, não se alteram com a passagem do tempo, não têm qualquer referência ao tempo. Não existe, aqui, passado, presente ou futuro.
2. **Isenção de contradição**. No sistema inconsciente, não há lugar para negação ou dúvida, nem graus diversos de certeza ou incerteza. Tudo é absolutamente certo, afirmativo.
3. **Princípio do prazer**. O funcionamento do inconsciente não segue as ordens da realidade, submete-se apenas ao princípio do prazer. Toda a atividade inconsciente visa evitar o desprazer e proporcionar o prazer, independentemente de exigências éticas ou realistas. A busca do prazer se dá por meio da descarga das excitações, diminuindo-se ao máximo a carga de excitações no aparelho psíquico.
4. **Processo primário**. As cargas energéticas (catexias) acopladas às representações psíquicas, às idéias, são totalmente móveis. Uma idéia pode ceder à outra toda a sua cota de energia (processo de deslocamento) ou apropriar-se de toda a energia de várias outras idéias (processo de condensação).

Caráter dinâmico do inconsciente

O sentido dinâmico não designa apenas o inconsciente como sede de idéias latentes em geral, mas especialmente como sede de idéias que possuem certo caráter dinâmico e atuante. O inconsciente é dinâmico, segundo Freud,

> na medida em que exerce uma ação permanente, exigindo de forma permanente, para lhe interditar o acesso à consciência. Clinicamente, este caráter dinâmico verifica-se simultaneamente pelo fato de encontrarmos uma resistência para chegarmos ao inconsciente e pela produção renovada de derivados do recalcado. (Laplanche; Pontalis, 1986)

ALTERAÇÕES NORMAIS DA CONSCIÊNCIA

O sono normal

> O sono é um estado especial da consciência, que ocorre de forma recorrente e cíclica nos organismos superiores.

O sono é um estado especial da consciência, que ocorre de forma recorrente e cíclica nos organismos superiores (Ayala-Guerrero, 1994). É também, ao mesmo tempo, um estado comportamental e uma fase fisiológica normal e necessária do organismo. Dividem-se as fases do sono em duas, o sono sincronizado, sem movimentos oculares rápidos (sono NREM), e o sono dessincronizado, com movimentos oculares rápidos – *rapid eye movements* (sono REM) (Aloé; Azevedo; Hasan, 2005).

O **sono sincronizado não-REM** caracteriza-se por atividade elétrica cerebral síncrona, com elementos eletrencefalográficos próprios, tais como os fusos do sono, os complexos K e ondas lentas de grande amplitude. Há, nesse tipo de sono, diminuição da atividade do sistema nervoso autônomo simpático e aumento relativo do tônus do parassimpático, permanecendo vários parâmetros fisiológicos estáveis em um nível de funcionamento mínimo, tais como as freqüências cardíaca e respiratória,

a pressão arterial, o débito cardíaco e os movimentos intestinais. Durante o sono não-REM, ocorrem quatro estágios:

1. **Estágio 1**: mais leve e superficial, com atividade regular do eletrencefalograma (EEG) de baixa voltagem, de 4 a 6 ciclos por segundo (2 a 5% do tempo total de sono).
2. **Estágio 2**: um pouco menos superficial, com traçado do EEG revelando aspecto fusiforme de 13 a 15 ciclos por segundo (fusos do sono) e algumas espículas de alta voltagem, denominadas complexos K (45 a 55% do tempo total de sono).
3. **Estágio 3**: sono mais profundo, com traçado do EEG mais lentificado, com ondas delta, atividade de 0,5 a 2,5 ciclos por segundo, ondas de alta voltagem (3 a 8% do tempo total de sono).
4. **Estágio 4**: estágio de sono mais profundo, com predomínio de ondas delta e traçado bem-lentificado. É mais difícil de despertar alguém nos estágios 3 e 4, podendo o indivíduo apresentar-se confuso ao ser despertado (10 a 15% do tempo total de sono).

O **sono REM**, por sua vez, não se encaixa em nenhuma dessas quatro fases. Sua duração total em uma noite perfaz de 20 a 25% do tempo total de sono. É um estágio peculiar, cujo padrão do EEG é semelhante ao do Estágio 1 do NREM. O sono REM não é, entretanto, um sono leve, tampouco profundo, mas um tipo de sono qualitativamente diferente. Caracteriza-se por instabilidade no sistema nervoso autônomo simpático, com variações das freqüências cardíaca e respiratória, da pressão arterial, do débito cardíaco e do fluxo sangüíneo cerebral.

No sono REM, há um padrão de movimentos oculares rápidos e conjugados (movimentos oculares sacádicos), bem como um relaxamento muscular profundo e generalizado (atonia muscular), interrompido esporadicamente por contrações de pequenos grupos musculares, como os músculos dos olhos. Além de irregularidade das freqüências cardíaca e respiratória e da pressão sangüínea, ocorrem ereções penianas totais e parciais. É durante o sono REM que ocorre a maior parte dos sonhos, e em 60 a 90% das vezes, se o indivíduo for despertado durante a fase REM, relatará que estava sonhando. Durante o sono REM, se dá a ativação das vias neuronais que ligam o tronco cerebral ao córtex occipital (i.e., a área da visão); são as chamadas ***ondas ponto-genículo-occipitais***. Tal ativação cerebral das áreas occipitais se relaciona ao caráter visual dos sonhos, como será visto adiante.

Em uma noite normal de sono, as fases NREM e REM se repetem de forma cíclica a cada 70 a 110 minutos, com 4 a 6 ciclos completos por noite. O sono se inicia com o tipo NREM, havendo a sucessão dos Estágios de 1 a 4. O primeiro período REM, que geralmente é bem curto, ocorre cerca de 70 a 120 minutos após o indivíduo adormecer. Ao longo da noite, os períodos REM vão se tornando mais freqüentes e prolongados, desaparecendo os Estágios 3 e 4. A maior quantidade de sono REM ocorre no último terço da noite, geralmente de madrugada (das 4 às 7h da manhã), momento em que a maioria das pessoas mais sonha. O Estágio 4, de forma oposta, ocorre predominantemente no primeiro terço da noite (Tavares; Aloé, 1998).

Pessoas com depressão grave e narcolepsia podem ter a latência – adormecimento-primeiro sono REM – bastante diminuída, implicando geralmente uma inversão da arquitetura do sono.

Várias **estruturas neuronais** têm sido relacionadas com o controle dos estados de vigília e de sonos NREM e REM. De fundamental importância na regulação fisiológica do sono é o **núcleo supraquiasmático**, localizado no hipotálamo anterior. Além dele, são também fundamentais estruturas como a glândula pineal (que secreta melatonina e funciona como oscilador que controla o ritmo sono-vigília no período de 24 horas), os sistemas reticulares mesencefálicos e bulbares e os geradores de sono REM localizados na ponte. Quimicamente, neurônios aminérgicos, colinérgicos e histaminérgicos estão envolvidos de forma mais estreita nos mecanismos neuronais do sono (Tavares; Aloé, 1998).

O sonho

O sonho, fenômeno associado ao sono, pode ser considerado uma alteração normal da consciência.

O sonho, fenômeno associado ao sono, pode ser considerado uma alteração normal da consciência. É, sem dúvida, uma experiência humana fascinante e enigmática (Hobson, 2002; Domhoff, 2003). Nas mais diversas sociedades, ao longo da história, ele tem exercido grande curiosidade, sendo interpretado das mais diversas formas.

No século XIX, tomou-se o sonho como modelo da loucura, pois, para o francês Moreau de Tours (1804-1884), "a loucura é o sonho do homem acordado", uma espécie de invasão da vigília pela atividade onírica. Também o antropólogo inglês Edward Burnett Tylor (1832-1917) formulou a hipótese de que o sonho, com suas visões arrebatadoras, seria a experiência humana que teria dado origem à crença em seres espirituais e, posteriormente, às religiões. Apesar de essas teorias terem sido abandonadas, o sonho permanece como uma experiência intrigante a ser desvendada.

Para o escritor Gérard de Nerval (1808-1855), o sonho é um modelo fértil para o entendimento da condição humana. Em seu pequeno romance *Aurélia* [1855] (1999), ele diz:

> O sonho é uma segunda vida. Não posso passar sem um frêmito por estas portas de marfim ou córneas que nos separam do mundo invisível. Os primeiros instantes do sono são a imagem da morte; um entorpecimento nebuloso toma nosso pensamento, e não podemos determinar o instante preciso em que o eu, sob outra forma, continua o trabalho de existir. É um subterrâneo vago que se aclara aos poucos, e onde saem da sombra e da noite as pálidas figuras gravemente imóveis que habitam a morada dos limbos.

Os modernos laboratórios de sono, com a polissonografia do sono (EEG, eletroculograma, eletromiograma de superfície da região submentoniana e outros registros fisiológicos), têm demostrado que, ao contrário do que se pensava no passado, sonhar não é algo raro, infreqüente. **A maioria das pessoas sonha várias vezes durante uma noite, apenas não lembra** da maior parte dos seus sonhos, pois se acordarem (ou forem despertadas) após mais de oito minutos de um sono REM (durante o qual sonharam), não lembrarão mais do conteúdo do sonho (Oliveira; Amaral, 1997).

Os sonhos são vivências predominantemente visuais, sendo rara a ocorrência de percepções auditivas, olfativas ou táteis.

Os sonhos são **vivências predominantemente visuais**, sendo rara a ocorrência de percepções auditivas, olfativas ou táteis. Isso se relaciona às ondas ponto-genículo-occipitais que ativam as áreas corticais visuais do lobo occipital durante o sonho. Em sonhos eróticos, po-

dem ocorrer sensações de orgasmo. Pessoas cegas de nascença geralmente relatam sonhos com sensações corporais e de movimento, mas obviamente sem o caráter visual das pessoas que enxergam.

Os significados dos conteúdos dos sonhos permanecem controvertidos. As diversas culturas tendem a interpretá-los a partir de seus símbolos, crenças religiosas e valores próprios, geralmente tomando-os como mensagens divinas ou demoníacas.

No ano de 1900, Freud publicou um de seus mais importantes trabalhos: *A interpretação do sonho*. Nessa obra, ele busca demonstrar que o sonho não é nem um "produto aleatório e sem sentido de um cérebro em condições alteradas de funcionamento", nem um "mensageiro de recados do além". O sonho é um fenômeno psicológico extremamente rico e revelador de desejos e temores, ainda que de forma indireta e disfarçada. Enfim, para ele, **o conteúdo do sonho tem um sentido**.

O sonho é um fenômeno psicológico extremamente rico e revelador de desejos e temores, ainda que de forma indireta e disfarçada.

Ao descrever o que chamou de "trabalho do sonho", Freud afirma que tal trabalho transforma os conteúdos latentes (inconscientes) do sonho original em conteúdos manifestos (conscientes) do sonho lembrado. Isso se dá por meio da condensação (fusão de duas ou mais representações), do deslocamento (passagem da energia de uma representação à outra representação) e da figurabilidade (desejos transformam-se em imagens visuais). Esses três mecanismos servem para disfarçar o desejo reprimido (inconsciente), possibilitando o seu acesso à consciência, ainda que com deformações e restrições, pois existe a censura entre as duas instâncias: inconsciente e consciente/pré-consciente. Dessa forma, para Freud, o sonho é uma solução de compromisso, o resultado de uma intensa negociação entre o inconsciente (que visa expulsar, forçar os desejos para a consciência) e o consciente (que visa impedir que tais desejos inconscientes emerjam).

ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS DA CONSCIÊNCIA

A consciência pode se alterar tanto por processos fisiológicos, normais, como por processos patológicos. A seguir, são apresentados os **quadros patológicos** de alteração da consciência.

A consciência pode se alterar tanto por processos fisiológicos, normais, como por processos patológicos.

Alterações patológicas quantitativas da consciência: rebaixamento do nível de consciência

Em diversos quadros neurológicos e psicopatológicos, o nível de consciência diminui de forma progressiva, desde o estado normal, vígil, desperto, até o estado de coma profundo, no qual não há qualquer resquício de atividade consciente.

Os diversos graus de rebaixamento da consciência são:

1. **Obnubilação ou turvação da consciência**. Trata-se do rebaixamento da consciência em grau leve a moderado. À inspeção inicial, o paciente pode já estar claramente sonolento ou parecer desperto, o que dificulta o diagnóstico. De qualquer forma, há sempre diminuição do grau de clareza do sensório, com lentidão da compreensão e dificuldade de concentração. Nota-se que o paciente tem dificuldade para integrar as informações sensoriais oriundas do am-

biente. Assim, mesmo não se apresentando claramente sonolento, observa-se, nos quadros leves de rebaixamento do nível de consciência, que o paciente encontra-se um tanto perplexo, com a compreensão dificultada, podendo o pensamento estar já ligeiramente confuso.

2. **Sopor**. É um estado de marcante turvação da consciência, no qual o paciente pode ser despertado apenas por estímulo enérgico, sobretudo de natureza dolorosa. Aqui, o paciente sempre se mostra evidentemente sonolento. Embora ainda possa apresentar reações de defesa, ele é incapaz de qualquer ação espontânea. A psicomotricidade encontra-se mais inibida do que nos estados de obnubilação. O traçado eletrencefalográfico acha-se globalmente lentificado, podendo surgir as ondas mais lentas, do tipo delta e teta.
3. **Coma**. É o grau mais profundo de rebaixamento do nível de consciência. No estado de coma, não é possível qualquer atividade voluntária consciente. Além da **ausência de qualquer indício de consciência**, os seguintes sinais neurológicos podem ser verificados: movimentos oculares errantes com desvios lentos e aleatórios, nistagmo, transtornos do olhar conjugado, anormalidades dos reflexos oculocefálicos (cabeça de boneca) e oculovestibular (calórico) e ausência do reflexo de acomodação. Além disso, dependendo da topografia e da natureza da lesão neuronal, podem ser observadas rigidez de decorticação ou de decerebração, anormalidades difusas ou focais do EEG com lentificações importantes e presença de ondas patológicas.
   Os graus de intensidade de coma são classificados de I a IV: grau I (semicoma), grau II (coma superficial), grau III (coma profundo) e grau IV (coma *dépassé*).

Síndromes psicopatológicas associadas ao rebaixamento do nível de consciência

Delirium é o termo atual mais adequado para designar a maior parte das **síndromes confusionais agudas** (o termo "paciente confuso", muito usado em serviços de emergência e enfermarias médicas, refere-se a tais síndromes confusionais). Cabe ressaltar que esses termos (síndrome confusional e paciente confuso) dão ênfase ao aspecto confuso do pensamento e do discurso do paciente (fala incongruente, com conteúdos absurdos e sem articulação lógica), um dos traços do *delirium*, mas não necessariamente o mais importante ou mais freqüente. Daí a opção de utilizar o termo *delirium* em vez de síndrome confusional. O *delirium* é uma das síndromes mais freqüentes na prática clínica diária, principalmente em pacientes com doenças somáticas (emergências e enfermarias médicas) e em idosos (Trzepacz; Meagher; Wise, 2006).

O *delirium* diz respeito, portanto, aos vários quadros com rebaixamento leve a moderado do nível de consciência, acompanhados de desorientação temporoespacial, dificuldade de concentração, perplexidade, ansiedade em graus variáveis, agitação ou lentificação psicomotora, discurso ilógico e confuso e ilusões e/ou alucinações, quase sempre visuais. Trata-se de um quadro que oscila muito ao longo do dia.

Geralmente, o paciente está com o sensório claro pela manhã e no início da tarde e seu nível de consciência "afunda" no final da tarde e à noite, surgindo, então, ilusões e alucinações visuais e intensificando-se a desorientação e a confusão do pensamento e do discurso.

Não se deve confundir *delirium* (quadro sindrômico causado por alteração do nível de consciência, em pacientes com distúrbios cerebrais agudos) com o termo delírio (idéia delirante; alteração do juízo de realidade encontrada principalmente em psicóticos esquizofrênicos).

Estado onírico (*état oniroide, dream-like state, oneiroider Zustand*) é o termo da psicopatologia clássica (Mayer-Gross, 1924) para designar uma alteração da consciência na qual, paralelamente à turvação da consciência, o indivíduo entra em estado semelhante a um sonho muito vívido (Peters, 1984). Em geral, predomina a atividade alucinatória visual intensa com caráter cênico e fantástico. O indivíduo vê cenas complexas, ricas em detalhes, às vezes terríficas, com lutas, matanças, fogo, assaltos, sangue, etc. Há carga emocional marcante na experiência onírica, com angústia, terror ou pavor. O doente manifesta esse estado onírico angustioso gritando, movimentando-se, debatendo-se na cama e apresentando, às vezes, sudorese profusa. Há geralmente amnésia consecutiva ao período em que o doente permaneceu nesse estado onírico. Tal estado ocorre devido a psicoses tóxicas, síndromes de abstinência a substâncias (com maior freqüência no *delirium tremens*) e quadros febris tóxico-infecciosos. Alguns autores descrevem estados oníricos em pacientes psicóticos (esquizofrenia, mania e depressão psicóticas), mas, nessa acepção, eles não têm sido mais utilizados. O estado onírico ou estado tipo-sonho tem sido cada vez mais absorvido pela categoria ampla do *delirium*.

O termo **amência** era utilizado na psiquiatria clássica (Meynert, 1890) para designar quadros mais ou menos intensos de confusão mental por rebaixamento do nível de consciência, com excitação psicomotora, **marcada incoerência do pensamento**, perplexidade e sintomas alucinatórios com aspecto de sonho (oniróide) (Peters, 1984). Assim como para o estado onírico, atualmente se tende a designar a amência com o termo *delirium*.

Alterações qualitativas da consciência

Além dos diversos estados de redução global do nível de consciência, a observação psicopatológica registra uma série de estados alterados da consciência, nos quais se tem mudança parcial ou focal do campo da consciência. Uma parte do campo da consciência está preservada, normal, e outra parte, alterada. De modo geral, há quase sempre, nas alterações qualitativas da consciência, algum grau de rebaixamento (mesmo que mínimo) do nível de consciência (Sims, 1995).

Trata-se de uma área muito controversa da semiologia psiquiátrica e da psicopatologia. Os neurologistas tendem a denominar tais alterações de distúrbios focais ou do conteúdo da consciência, enquanto os psiquiatras as definem como alterações qualitativas da consciência.

Têm-se, então, as seguintes **alterações qualitativas da consciência**:

1. **Estados crepusculares** (*état crepusculaire, twilight state, Dämmerzustand*). É um estado patológico transitório no qual uma obnubilação da consciência (mais ou menos perceptível) é acompanhada de relativa conservação da ati-

vidade motora coordenada (Porot, 1967). Nos estados crepusculares, há, portanto, estreitamento transitório do campo da consciência, afunilamento da consciência (que se restringe a um círculo de idéias, sentimentos ou representações de importância particular para o sujeito acometido), com a conservação de uma atividade psicomotora global mais ou menos coordenada, permitindo a ocorrência dos chamados atos automáticos (Peters, 1984). O estado crepuscular caracteriza-se por surgir e desaparecer de forma abrupta e ter duração variável, de poucos minutos ou horas a algumas semanas (Sims, 1995). Durante esse estado, ocorrem, com certa freqüência, atos explosivos violentos e episódios de descontrole emocional (podendo haver implicações legais de interesse à psicologia e à psiquiatria forense). Geralmente ocorre amnésia lacunar para o episódio inteiro, podendo o indivíduo se lembrar de alguns fragmentos isolados. Os estados crepusculares foram descritos classicamente como associados à epilepsia (relacionados à turvação da consciência após uma crise ou a alterações pré-ictais ou ictais), mas também podem ocorrer em intoxicações por álcool ou outras substâncias, após traumatismo craniano, em quadros dissociativos histéricos agudos e, eventualmente, após choques emocionais intensos (Peters, 1984).

2. **Estado segundo**. Estado patológico transitório semelhante ao estado crepuscular, caracterizado por uma atividade psicomotora coordenada, a qual, entretanto, permanece estranha à personalidade do sujeito acometido e não se integra a ela. Com certa freqüência, alguns autores utilizam os termos “estado segundo” e “estado crepuscular” de forma indistinta ou intercambiável. Em geral, atribui-se, ao estado segundo, uma natureza mais psicogenética, sendo produzido por fatores emocionais (choques emocionais intensos). Já ao estado crepuscular, são conferidas causas mais freqüentemente orgânicas (confusão pós-ictal, intoxicações, traumatismo craniano, etc.). Os atos cometidos durante o estado segundo são geralmente incongruentes, extravagantes, em contradição com a educação, as opiniões ou a conduta habitual do sujeito acometido, mas quase nunca são realmente graves ou perigosos, como no caso dos estados crepusculares (Porot, 1967). Do ponto de vista do mecanismo produtor da alteração, o estado segundo se aproxima mais à dissociação da consciência do que ao estado crepuscular.
3. **Dissociação da consciência**. Tal expressão designa a fragmentação ou a divisão do campo da consciência, ocorrendo perda da unidade psíquica comum do ser humano. Ocorre com certa freqüência nos quadros histéricos (crises histéricas de tipo dissociativo). Nessas situações, observa-se uma dissociação da consciência, um estado semelhante ao sonho (ganhando o caráter de *estado onírico*), geralmente desencadeada por acontecimentos psicologicamente significativos (conscientes ou in-

conscientes) que geram grande ansiedade para o paciente. Essas crises duram de minutos a horas, raramente permanecendo por dias. Alguns pacientes têm crises ou estados dissociativos agudos que se iniciam devido a quedas, abalos musculares e movimentação do corpo semelhante à crise convulsiva (da epilepsia). Nesses casos, designa-se tal crise como **crise pseudo-epiléptica** (em relação à crise epiléptica verdadeira). A dissociação da consciência pode ocorrer também em quadros de ansiedade intensa, independentemente de se tratar de paciente com personalidade ou traços histéricos, sendo a dissociação, então, vista como uma estratégia defensiva inconsciente (i.e., sem a deliberação voluntária plena) para lidar com a ansiedade muito intensa; o indivíduo desliga da realidade para parar de sofrer.

4. **Transe**. Estado de dissociação da consciência que se assemelha a sonhar acordado, diferindo disso, porém, pela presença de atividade motora automática e estereotipada acompanhada de suspensão parcial dos movimentos voluntários. O estado de transe ocorre em contextos religiosos e culturais (espiritismo kardecista, religiões afro-brasileiras e religiões evangélicas pentecostais e neopentecostais). O transe dito extático pode ser induzido por treinamento místico-religioso, ocorrendo geralmente a sensação de fusão do eu com o universo. Não se deve confundir o **transe religioso**, culturalmente contextualizado e sancionado, com o **transe histérico**, que é um estado dissociativo da consciência relacionado freqüentemente a conflitos interpessoais e alterações psicopatológicas. Os estados de transe e possessão culturalmente contextualizados e sancionados são fenômenos muito difundidos nas várias culturas em todo o mundo, vistos, na atualidade, como um recurso religioso e sociocultural que permite às pessoas, sobretudo às mulheres, lidar com as dificuldades da vida por meio de estratégias religiosas socialmente legitimadas.
5. **Estado hipnótico**. É um estado de consciência reduzida e estreitada e de atenção concentrada, que pode ser induzido por outra pessoa (hipnotizador). Trata-se de um estado de consciência semelhante ao transe, no qual a sugestionabilidade do indivíduo está aumentada, e a sua atenção, concentrada no hipnotizador. Nesse estado, podem ser lembradas cenas e fatos esquecidos e podem ser induzidos fenômenos como anestesia, paralisias, rigidez muscular, alterações vasomotoras. Não há nada de místico ou paranormal na hipnose. É apenas uma técnica refinada de concentração da atenção e de alteração induzida do estado da consciência.
6. **Experiência de quase-morte, EQM** (*near death experience – NDE*). Um estado especial de consciência é verificado em situações críticas de ameaça grave à vida, como parada cardíaca, hipoxia grave, isquemias, acidente automobilístico grave, entre outros, quando alguns sobreviventes afirmam ter vivenciado as chamadas

experiências de quase-morte (EQM). São experiências muito rápidas (de segundos a minutos) em que um estado de consciência particular é vivenciado e registrado por essas pessoas. A primeira descrição foi a do alpinista suíço A. Heim. Em 1892, ele relatou, após quase morrer, que teve a sensação de paz e tranqüilidade imensa, deslocamento muito rápido ao longo de um túnel escuro que, ao fim, tinha uma luz particularmente brilhante. Disse, ainda, que tal "viagem" se acompanhara da passagem rapidíssima de um "retrospecto da vida" e da sensação da presença de um espírito pleno de amor (Vignat, 1996). Estudos recentes (Nelson et al., 2006) têm mostrado que as características mais freqüentes desses estados são as seguintes (em 55 casos revisados a partir da literatura científica internacional): sensação de paz (87%), de estar fora do próprio corpo (80%), de estar rodeado por uma luz intensa (78%), de estar em "outro mundo" (75%), sensações de "união cósmica" (67%), de ter atingido um "ponto de não-retorno" (67%), de alegria intensa (64%), de "compreensão imediata" (60%) e de contato com uma "entidade mística" (55%). As EQM parecem ocorrer em muitas culturas, com variações nos seus conteúdos. Nos Estados Unidos, aparentemente ocorrem em 6 a 12% das pessoas que sobreviveram a uma parada cardíaca e, na Europa, 6% de uma amostra de 14.000 pessoas da população geral relataram já ter experienciado EQM. Em estudo recente, Nelson e colaboradores (2006) buscaram demonstrar que a EQM seria a conseqüência de uma invasão maciça de atividade cerebral do tipo sono REM nas pessoas enquanto passavam por tais experiências. Entretanto, há também consistentes hipóteses socioculturais e históricas para tal experiência (Kellehear, 1993).

Quadro 10.1
Semiotécnica da consciência-I

Lembrar que qualquer alteração do nível de consciência repercute no funcionamento global do psiquismo. Ele deve ser avaliado em primeiro lugar.

Observar a fácies e a **atitude** do paciente e, se possível, notar se ele está desperto ou sonolento.

Observar se o paciente está perplexo, com dificuldade de integrar coerentemente os estímulos ambientais.

Lembrar que é por meio da **orientação** (sobretudo temporoespacial) que, muitas vezes, se avalia o nível de consciência.

Teste da parede ou do papel branco. Pedir ao paciente que olhe atenta e fixamente para uma parede branca (ou papel grande branco); o paciente com leve rebaixamento do nível de consciência pode, ao fazer isso, apresentar alucinações visuais simples ou complexas.

Quadro 10.2
Semiotécnica da consciência-II: escala de coma de Glasgow

Melhor resposta na abertura dos olhos	Escore
Nenhuma abertura dos olhos (1) Abre os olhos após estímulos dolorosos (2) Abre os olhos quando estimulado verbalmente (3) Abre os olhos espontaneamente (4)	
Melhor resposta verbal	
Nenhuma resposta verbal (1) Resposta verbal com sons ininteligíveis, grunhidos (2) Resposta verbal com palavras incompreensíveis (3) As palavras são compreensíveis, mas o discurso é incoerente, confuso (4) Discurso coerente e adequado (5)	
Melhor resposta motora	
Nenhuma resposta motora (1) Resposta motora em padrão extensor (2) Resposta motora em padrão flexor (3) Resposta motora de retirada inespecífica, não localiza os estímulos (4) Resposta motora localizada, paciente localiza os estímulos (5) Resposta motora voluntária, obedece a comandos verbais (6)	
Escores de gravidade do coma	**Total**
1-4 (muito grave); 5-8 (grave); 9-12 (moderado); maior ou igual a 13 (leve).	

Questões de revisão

- Estabeleça a diferença entre as três acepções possíveis, em língua portuguesa, para a definição da palavra “consciência”.
- Indique as diferenças entre sono REM e sono não-REM. Que estágios ocorrem durante o sono não-REM?
- Cite e caracterize os graus de rebaixamento da consciência.
- Quais são as principais características do *delirium*?
- Descreva a diferença entre *delirium* e delírio.
- Cite e caracterize as alterações qualitativas da consciência.
- Quais as características mais freqüentes da experiência de quase-morte?

11

A atenção e suas alterações

DEFINIÇÕES BÁSICAS

A **atenção** pode ser definida como a **direção da consciência**, o estado de concentração da atividade mental sobre determinado objeto (Cuvillier, 1937). A fim de explicitar o que os mecanismos de atenção representam para o funcionamento psíquico normal, William James (1952) dizia que:

> Milhões de itens [...] que são apresentados aos meus sentidos nunca ingressam propriamente em minha experiência. Por quê? Porque esses itens não são de interesse para minha pessoa. Minha experiência é aquilo que eu consinto em captar... Todos sabem o que é a atenção. É o tomar posse pela mente, de modo claro e vívido, de um entre uma diversidade enorme de objetos ou correntes de pensamentos simultaneamente dados. Focalização, concentração da consciência são a sua essência. Ela implica abdicar de algumas coisas para lidar eficazmente com outras.

A atenção se refere ao conjunto de processos psicológicos que torna o ser humano capaz de **selecionar**, **filtrar** e **organizar** as informações em unidades controláveis e significativas. Os termos "consciência" e "atenção" estão estreitamente relacionados. A determinação do nível de consciência é essencial para a avaliação da atenção (Cohen; Salloway; Zawacki, 2006).

A atenção se refere ao conjunto de processos psicológicos que torna o ser humano capaz de selecionar, filtrar e organizar as informações em unidades controláveis e significativas.

PSICOLOGIA DA ATENÇÃO

Conceitos da psicologia e da psicopatologia clássicas da atenção

Tomando-se em consideração a **natureza da atenção**, pode-se discernir dois tipos básicos de atenção: a **atenção voluntária**, que exprime a **concentração** ativa e intencional da consciência sobre um objeto; e a **atenção espontânea**, que é aquele tipo de atenção suscitado pelo interesse momentâneo, incidental, que desperta este ou aquele objeto. Esta última geralmente está aumentada nos estados mentais em que o indivíduo tem pouco controle voluntário sobre sua atividade mental.

Em relação à **direção da atenção**, pode-se discriminar duas forma básicas: a

atenção externa, projetada para fora do mundo subjetivo do sujeito, voltada para o mundo exterior ou para o corpo, geralmente de natureza mais sensorial, utilizando os órgãos dos sentidos. Difere-se da **atenção interna**, que se volta para os processos mentais do próprio indivíduo. É uma atenção mais reflexiva, introspectiva e meditativa. Em relação à **amplitude da atenção**, há a **atenção focal**, que se mantém concentrada sobre um campo determinado e relativamente delimitado e restrito da consciência, em contraposição à **atenção dispersa**, que não se concentra em um campo determinado, espalhando-se de modo menos delimitado.

Tenacidade consiste na capacidade do indivíduo de fixar sua atenção sobre determinada área ou objeto. Na tenacidade, a atenção se prende a certo estímulo, fixando-se sobre ele. A **vigilância** é definida como a qualidade da atenção que permite ao indivíduo mudar seu foco de um objeto para outro.

Atenção flutuante é um conceito desenvolvido por Freud (1856-1939), relativo ao estado de como deve funcionar a atenção do psicanalista durante uma sessão analítica. Segundo Freud, a atenção do analista não deve privilegiar *a priori* qualquer elemento do discurso ou comportamento do paciente, o que implica deixar funcionar livremente sua própria atividade mental, consciente e inconsciente, deixando livre a atenção e suspendendo ao máximo as motivações, os desejos e os planos próprios. É um estado artificial da atenção, cultivado pela necessidade técnica do processo psicanalítico. Para o psicanalista inglês Wilfred Bion (1897-1979), a atenção do analista deve se manter o máximo possível aberta à experiência imediata, evitando a fuga para o passado ou para o futuro; assim, o analista busca abolir momentaneamente a memória e o desejo, a fim de que sua atenção permaneça livre para o que realmente emerge na experiência mútua (analista-analisando) da situação analítica.

A psicologia contemporânea da atenção

Atualmente, subdivide-se a atenção em quatro aspectos básicos:

1. Capacidade e foco de atenção
2. Atenção seletiva
3. Seleção de resposta e controle executivo
4. Atenção constante ou sustentada (*sustained attention*) (Cohen; Salloway; Zawacki, 2006)

Capacidade e **foco de atenção** referem-se à focalização da atenção e estão intensamente associados à experiência subjetiva de **concentração**. A capacidade de atenção não é constante com o passar do tempo, flutuando em função de fatores extrínsecos (valor dos estímulos, demandas de respostas predominantes e de fatores intrínsecos [fatores energéticos, como estado afetivo e grau de motivação, e fatores estruturais, como velocidade de processamento e capacidade de memória]). A capacidade de focalizar a atenção relaciona-se diretamente com o número de operações mentais que precisam ser realizadas ao mesmo tempo e com a dificuldade das tarefas.

Já a **atenção seletiva** diz respeito aos processos que permitem ou facilitam a seleção de informações relevantes para o sujeito e seu processamento cognitivo. Ela resume a qualidade mais importante dos processos atencionais: a seletividade. Todo o tempo o sujeito é inundado por um número quase infinito de sinais vindos do exterior ou do interior; a atenção seletiva limita as informações que chegam ao sistema cerebral. Além disso, aumenta a capacidade de processar e dar conta dos estí-

mulos e das informações mais relevantes para o sujeito, fundamentais para o desempenho cognitivo e comportamental. Quando a atenção elege certos estímulos, a capacidade de responder a outros diminui proporcionalmente.

Seleção de resposta e **controle seletivo** são de extrema relevância, pois o ato de prestar a atenção está, quase sempre, associado a uma ação planejada, voltada a certos objetivos. Assim, a atenção está sempre envolvida na seleção não apenas dos estímulos e das informações, mas também das respostas e do controle destas. A atenção vincula-se a processos cognitivos complexos que envolvem a intenção, o planejamento e a tomada de decisões. Esses processos estão na base da ação volitiva (dos atos de vontade), são denominados funções executivas e dependem intensamente de sistemas cerebrais pré-frontais, sobretudo em circuitos subcorticais. O controle executivo possibilita que se mude com eficácia de uma resposta possível para outra conforme as demandas cambiantes do ambiente.

Atenção constante ou sustentada (*sustained attention*) diz respeito à capacidade de manter a atenção ao longo do tempo. Tal capacidade varia (geralmente diminui) com o passar do tempo. Como função psíquica, a atenção é mais variável ao longo do tempo que a percepção e a memória. Todas as pessoas apresentam limites na capacidade de manter a atenção por longo tempo; tal desempenho depende da relação entre os estímulos-alvo e os estímulos distrativos, do nível de consciência (vigilância), da motivação (incluindo aqui a excitação com a tarefa e seu oposto, o tédio) e da fadiga.

Hábito e sensibilização

Um aspecto importante da atenção é o que o neurocientista e psicólogo russo Pavlov denominou “resposta de orientação”. Quando um indivíduo ou um animal é exposto a um estímulo novo, há um padrão de respostas motoras, do sistema nervoso autônomo (excitação fisiológica) e da atividade elétrica cerebral, que indica que o organismo entrou em certo estado de alerta, de prontidão, pronto para captar o estímulo e a ele responder. Se tal estímulo se dá de forma contínua ou repetitiva, ele deixa de desencadear a resposta de orientação. Esse fenômeno se denomina “hábito”. O fenômeno oposto é a “sensibilização”, que ocorre quando, devido à natureza ou ao contexto do estímulo, o organismo passa a se excitar mais com a repetição do estímulo, aumentando a prontidão geral de resposta.

NEUROPSICOLOGIA DA ATENÇÃO

A atenção resulta da interação complexa de diversas áreas do sistema nervoso, não sendo, portanto, um processo unitário (Cohen; Salloway; Zawacki, 2006). As principais estruturas do sistema nervoso relacionadas à atenção são: o **sistema reticular ativador ascendente (SRAA)** no tronco cerebral, o **tálamo** e o **corpo estriado**, em nível subcortical, e, em nível cortical, o **córtex parietal posterior direito** (não-dominante), o **córtex pré-frontal**, o **giro cingulado anterior** (também na região frontal), assim como estruturas do **lobo temporal medial** do sistema límbico.

O **SRAA** possibilita o nível de consciência básico para manter a vigilância necessária aos processos de atenção; assim, fornece a preparação inespecífica à atenção. Os **núcleos intralaminares do tálamo** filtram os sinais enviados pelo SRAA e os projetam para o núcleo caudado (no corpo estriado) e para o córtex pré-frontal, assim como para outras áreas corticais (exceto as áreas sensoriais primárias). O **núcleo reticular do tálamo** também tem associações recíprocas como o córtex pré-frontal

e com núcleos sensoriais do tálamo. O núcleo reticular age como um filtro ou uma comporta, permitindo que apenas algumas informações prossigam em direção ao córtex cerebral (Cohen; Salloway; Zawacki, 2006).

Por sua vez, o **córtex parietal** (sobretudo o posterior direito) também está envolvido na seleção sensorial (principalmente na atenção seletiva visual e na atenção dirigida ao espaço extrapessoal), ao passo que o **córtex frontal do cíngulo** vincula-se à intensidade do foco de atenção e à motivação.

São as estruturas do **córtex pré-frontal**, entretanto, as mais relevantes à atenção. As áreas **pré-frontais dorsolaterais** (na porção mais externa e alta do cérebro frontal) estão muito relacionadas a "seleção de resposta e controle seletivo". Além disso, desempenham um papel na manutenção da flexibilidade da resposta e na geração de alternativas de respostas, assim como na memória de trabalho (ver capítulo sobre memória) e no seqüenciamento da informação temporal. Lesões nessas áreas dorsolaterais produzem alterações da atenção como distraibilidade, impersistência e perseveração (repetição automática de respostas). Já as áreas **pré-frontais orbitomediais** (córtex frontal logo acima dos globos oculares) relacionam-se à modulação dos impulsos, ao humor e à memória de trabalho. Lesões nessas áreas ocasionam alterações da atenção relacionadas a impulsividade, desinibição e labilidade afetiva (Cohen; Salloway; Zawacki, 2006).

Além dos lobos frontais, diversas estruturas límbicas nas porções medianas dos **lobos temporais** estão envolvidas no interesse afetivo, principalmente no que diz respeito a atração, motivação, importância do estímulo e carga emocional que este ou aquele objeto desperta na mente. Assim, também participam dos mecanismos neuronais da atenção. Nesse sentido, há o consenso de que os aspectos motivacionais e afetivos da atenção, mobilizados em áreas límbicas, devam interagir com os aspectos de seleção e hierarquização da atividade consciente, elaborados em áreas pré-frontais e parietais, produzindo um vetor final, a saber, a atividade atencional do indivíduo (Engelhardt; Laks; Rozenthal, 1996).

ANORMALIDADES DA ATENÇÃO

A alteração mais comum e menos específica da atenção é a diminuição global desta, chamada **hipoprosexia**. Aqui se verifica uma perda básica da capacidade de concentração, com fatigabilidade aumentada, o que dificulta a percepção dos estímulos ambientais e a compreensão; as lembranças tornam-se mais difíceis e imprecisas, há dificuldade crescente em todas as atividades psíquicas complexas, como o pensar, o raciocinar, a integração de informações, etc. Denomina-se **aprosexia** a total abolição da capacidade de atenção, por mais fortes e variados que sejam os estímulos utilizados.

Por sua vez, a **hiperprosexia** consiste em um estado da atenção exacerbada, no qual há uma tendência incoercível a obstinar-se, a deter-se indefinidamente sobre certos objetos com surpreendente infatigabilidade.

A **distração** é um sinal, não de déficit propriamente, mas de superconcentração ativa da atenção sobre determinados conteúdos ou objetos, com a inibição de tudo o mais (Nobre de Melo, 1979). Há, nesse sentido, certa hipertenacidade e hipovigilância. É o caso do cientista que, pelo fato de seu interesse e de sua atenção estarem totalmente voltados para um problema, comete erros do tipo esquecer onde estacionou o carro ou colocar meias de cores diferentes.

Já a **distraibilidade** é, ao contrário da distração, um estado patológico que se

exprime por instabilidade marcante e mobilidade acentuada da atenção voluntária, com dificuldade ou incapacidade para fixar-se ou deter-se em qualquer coisa que implique esforço produtivo. A atenção do indivíduo é muito facilmente desviada de um objeto para outro.

Valor diagnóstico das alterações da atenção: quadros clínicos nos quais são verificadas alterações da atenção.

As alterações da atenção podem ocorrer tanto em distúrbios neurológicos e neuropsicológicos como em transtornos mentais.

As alterações da atenção podem ocorrer tanto em distúrbios neurológicos e neuropsicológicos como em transtornos mentais.

DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS E NEUROPSICOLÓGICOS

Os distúrbios neurológicos e neuropsicológicos nos quais se verificam alterações da atenção são, principalmente, aquelas condições em que ocorre diminuição do nível de consciência. Pode-se mencionar aqui as encefalopatias metabólicas (por alteração de níveis de oxigênio, glicose e do equilíbrio eletrolítico, acúmulo de catabólitos, etc.), meningoencefalites, acidentes vasculares cerebrais, esclerose múltipla e quadros tumorais. Nas demências, as alterações de atenção podem estar relacionadas a quadros episódicos com rebaixamento do nível de consciência (*delirium* que se sobrepõe ao quadro demencial) ou deterioração cognitiva progressiva. Na demência de Alzheimer, os pacientes têm dificuldades em tarefas que requerem concentração e foco, assim como em atividades de controle executivo (funções frontais).

TRANSTORNOS MENTAIS

Sabe-se, desde os primórdios da semiologia psicopatológica, no século XIX, que a atenção quase sempre está alterada nos transtornos mentais graves. Esquirol (1772-1840) afirmou que "a atenção é fugitiva no maníaco, concentrada no monomaníaco (melancólico, delirante) e vaga e difusa no demente" (Mattos, 1884).

Sabe-se, desde os primórdios da semiologia psicopatológica, no século XIX, que a atenção quase sempre está alterada nos transtornos mentais graves.

Transtornos do humor (depressão e transtorno bipolar), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), esquizofrenia e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) são os que mais apresentam alterações da atenção.

Os pacientes com **transtornos do humor** têm importantes dificuldades de concentração e atenção constante. São típicas certas alterações da atenção dos estados depressivos e dos estados maníacos. Há, por sua vez, nos **quadros maníacos**, diminuição da atenção voluntária e aumento da atenção espontânea, com hipervigilância e hipotenacidade. A atenção do indivíduo em fase maníaca salta rapidamente de um estímulo para outro, sem se fixar em algo. Nos **quadros depressivos**, geralmente há diminuição geral da atenção, ou seja, hipoprosexia. Em alguns casos graves, ocorre a fixação da atenção em certos temas depressivos (hipertenacidade), com rigidez e alguma diminuição da capacidade de mudar o foco da atenção (hipovigilância). Isso acontece pelo fato de o indivíduo estar em depressão grave, muitas vezes voltado totalmente para si, concentrado em conteúdos de fra-

casso, doença, culpa, pecado, ruína, etc. Em pacientes deprimidos, o desempenho prejudicado em tarefas de atenção constante é, de modo geral, proporcional à gravidade do estado depressivo. A atenção seletiva sensorial é geralmente menos afetada (Cohen; Salloway; Zawacki, 2006).

Já o **transtorno obsessivo-compulsivo** (**TOC**) apresenta atenção ou vigilância excessiva e desregulada. O paciente demonstra alterações no controle executivo (funções frontais), na memória de trabalho (intimamente relacionada à atenção) e na seleção de respostas.

Na **esquizofrenia**, o déficit de atenção é central. A filtragem de informação irrelevante geralmente consiste em uma dificuldade importante dos sujeitos acometidos. Pacientes esquizofrênicos costumam ter dificuldade em anular adequadamente estímulos sensoriais irrelevantes enquanto realizam determinada tarefa; são muito suscetíveis de distrair-se com estímulos visuais e auditivos externos. Sob testagem neuropsicológica, os pacientes com esquizofrenia revelam lentificação no tempo de reação em conseqüência da distraibilidade, não conseguem suprimir informações interferentes e têm grande dificuldade com a atenção constante, talvez por essa forte tendência à distraibilidade (Cohen; Salloway; Zawacki, 2006).

No **transtorno de déficit de atenção/hiperatividade** (**TDAH**), há dificuldade marcante de prestar atenção a estímulos internos e externos, pois o paciente, geralmente criança ou adolescente, tem a capacidade prejudicada em organizar e completar tarefas, assim como relutância em controlar seus comportamentos e impulsos. Pacientes com TDAH revelam, em estudos de imagem cerebral, alterações no sistema frontal. A atenção constante prejudicada parece ser um aspecto primário e central dessa condição. A dificuldade é maior quando se faz necessário um estado de vigilância para detectar informação infreqüente, sobretudo quanto tal informação não é motivacionalmente importante para o sujeito. Crianças com TDAH têm prejuízo relacionado à filtragem de estímulos irrelevantes à tarefa (embora seja questionável se a filtragem atencional é ou não o principal problema das pessoas com TDAH) (Cohen; Salloway; Zawacki, 2006).

Quadro 11.1
Semiotécnica simplificada da atenção

Perguntar ao paciente e à pessoa que o acompanha (em especial a ela): Tem dificuldade para se concentrar? Distrai-se com facilidade? Não escuta quando lhe falam? Tem problemas para terminar tarefas? Não consegue organizar as tarefas? Perde coisas necessárias para a realização de tarefas?

A avaliação mais simples e prática da atenção é pedir ao paciente que olhe os objetos que estão na sala da entrevista e que logo em seguida cite o que viu.

Prova de repetição de dígitos (**dígito *span***): Pedir ao paciente que repita uma série de dígitos pronunciados em voz alta, de forma pausada, evitando tudo o que possa distraí-lo: 2-7/4-9/5-8-2/6-9-4/6-4-3-9/7-2-8-6/4-2-7-3-1/7-5-8-3-6/6-1-9-4-7-3/3-9-2-4-8-7/5-9-1-7-4-2-8/4-1-7-9-3-8-6.

(O adulto normal repete corretamente 6 ou 7 dígitos.)

Questões de revisão

- Defina os tipos de atenção em relação à direção e à amplitude do processo atencional.
- O que você pode dizer sobre os pressupostos teóricos a respeito da psicologia contemporânea da atenção? Caracterize os quatro aspectos básicos da atenção.
- Quais são as principais estruturas do sistema nervoso relacionadas à atenção? Quais as mais relevantes? Por quê?
- Cite e caracterize as anormalidades que podem ocorrer com a atenção. Qual é a sua associação com distúrbios neurológicos e neuropsicológicos e transtornos mentais?
- Como se apresenta a atenção nos quadros maníacos e depressivos, na esquizofrenia e no TDAH?

12

A orientação e suas alterações

DEFINIÇÕES BÁSICAS

A capacidade de situar-se quanto a si mesmo e quanto ao ambiente é elemento básico da atividade mental. A avaliação da orientação é um instrumento valioso para a verificação das perturbações do nível de consciência. Além disso, as alterações da orientação também podem ser decorrentes de déficits de memória (como nas demências) e de qualquer transtorno mental grave que desorganize o funcionamento mental global.

Muitas vezes, verifica-se que um paciente com nível de consciência que parece normal está, de fato, com a consciência ligeiramente turva e rebaixada. Assim, ao investigar a orientação desse indivíduo, é verificado que ele se acha desorientado quanto ao tempo e ao espaço.

> A capacidade de orientar-se requer, de forma consistente, a integração das capacidades de atenção, percepção e memória.

A capacidade de orientar-se requer, de forma consistente, a integração das capacidades de atenção, percepção e memória. Alterações da atenção e retenção (memória imediata e recente) apenas um pouco mais intensas do que leves costumam resultar em alterações globais da orientação. Além disso, a orientação é excepcionalmente vulnerável aos efeitos da disfunção ou do dano cerebral. A desorientação é um dos sintomas mais freqüentes das doenças cerebrais. Apesar disso, a orientação preservada não significa obrigatoriamente que o sujeito não apresente qualquer alteração cognitiva ou atencional (Lesak, 1995).

A capacidade de orientar-se é classificada em orientação autopsíquica e alopsíquica. A **orientação autopsíquica** é a orientação do indivíduo em relação a si mesmo. Revela se o sujeito sabe quem é: nome, idade, data de nascimento, profissão, estado civil, etc. Já a **orientação alopsíquica** diz respeito à capacidade de orientar-se em relação ao mundo, isto é, quanto ao espaço (orientação espacial) e quanto ao tempo (orientação temporal).

Orientação espacial

É investigada perguntando-se ao paciente o lugar onde ele se encontra, a instituição em que está, o andar do prédio, o bairro, a cidade, o estado e o país. Também é investigada a capacidade do paciente de identificar a distância entre o local da entrevista e sua residência (em quilômetros ou horas

de viagem). Em relação à orientação espacial, é importante verificar claramente se o paciente sabe o **tipo de lugar** em que está (p. ex., se está em um hospital, uma unidade básica de saúde, um consultório médico ou psicológico, CAPS, etc.), se pode dizer o **nome do lugar** (Hospital das Clínicas da Unicamp, Consultório da dra. Raquel, Unidade Básica de Saúde da Vila Carrão, etc.) e **onde se situa esse lugar** (no distrito de Barão Geraldo, em Campinas, na Vila Mariana, em São Paulo, etc.).

Orientação temporal

Trata-se de orientação mais sofisticada que a espacial e a autopsíquica. A orientação temporal indica se o paciente sabe em que momento cronológico está vivendo, a hora do dia, se é manhã, tarde ou noite, o dia da semana, o dia do mês, o mês do ano, a época do ano, bem como o ano corrente. Carlat (2007) sugere "do mais fácil para o mais difícil", se o paciente tiver dificuldade em responder, que se pergunte: Em que ano estamos? Que mês? Que dia da semana? Que dia do mês?

Também é possível avaliar a noção que o paciente tem da **duração** dos eventos e da **continuidade temporal**. O examinador pode perguntar: Há quanto tempo a senhora está neste local? Há quanto tempo a senhora trabalhou (ou se alimentou) pela última vez? Faz quanto tempo que a senhora não me vê?

A orientação temporal é adquirida mais tardiamente que a autopsíquica e a espacial na evolução neuropsicológica da criança. Piaget notou que crianças de 4 a 7 anos, no nível pré-operatório, têm ainda algumas dificuldades com a noção de tempo. Elas acreditam que crianças mais altas são sempre mais velhas, que árvores altas, mais largas e com mais frutos são sempre "mais velhas" e que a duração de uma viagem é dada pelos pontos de chegada, sem consideração da velocidade de locomoção (Beard, 1978). Portanto, a temporalidade é uma função que exige maior desenvolvimento cognitivo do indivíduo, além da integração de estímulos ambientais de forma mais elaborada. Por isso, em relação à orientação espacial, a orientação temporal é mais fácil e rapidamente prejudicada pelos transtornos mentais e distúrbios neuropsicológicos e neurológicos, particularmente pelos que afetam a consciência.

Em relação à orientação espacial, a orientação temporal é mais fácil e rapidamente prejudicada pelos transtornos mentais e distúrbios neuropsicológicos e neurológicos, particularmente pelos que afetam a consciência.

NEUROPSICOLOGIA DA ORIENTAÇÃO

A desorientação temporoespacial ocorre, de modo geral, em quadros psico-orgânicos, quando três áreas encefálicas são comprometidas:

1. Nas **lesões corticais difusas** e amplas ou em lesões bilaterais, como na doença de Alzheimer.
2. Nas **lesões mesotemporais** do sistema límbico, como na síndrome de Korsakoff.
3. Em patologias que afetam o tronco cerebral e o **sistema reticular ativador ascendente** (comprometendo o nível de consciência), como no *delirium* e nas demais síndromes decorrentes de alteração do nível de consciência (Lezak, 1995).

Vários componentes cerebrais da **orientação espacial** têm sido estudados pelos neuropsicólogos (revisão em Benton; Tranel, 1993). O déficit de orientação topográfica e geográfica parece depender de

lesões bilaterais ou unilaterais à direita nos **lobos parietais**. De modo geral, a capacidade de avaliar corretamente direção e distância, tanto para estímulos visuais como táteis, relaciona-se mais com as estruturas corticais do **hemisfério direito**. A localização adequada de pontos no espaço depende, por sua vez, da integridade do córtex parietoccipital. Finalmente, a síntese visual, ou seja, a capacidade de integrar diferentes estímulos visuais, pode ser afetada por lesões no **córtex occipital associativo**, produzindo quadros de simultanagnosia (déficit em captar o elemento importante a partir de estímulos visuoespaciais complexos, embora o indivíduo consiga identificar corretamente cada detalhe).

A **orientação temporal** depende de uma adequada percepção da passagem do tempo, do registro e da discriminação dos intervalos temporais, assim como da capacidade de apreender o tempo passado e antever o tempo futuro (Damasceno, 1996). Tanto os **circuitos hipocampais-límbicos** (incluindo, além do hipocampo, os corpos mamilares, os núcleos anteriores e mediais do tálamo e os núcleos septais) como aqueles circuitos relacionados ao **córtex pré-frontal** e algumas de suas conexões (núcleo caudado, núcleo talâmico dorsolateral e giro cingulado) participam intimamente da percepção e da orientação temporal, assim como da síntese temporal e da noção de duração.

Pacientes com lesões nas áreas pré-frontais têm suas capacidades de perceber e avaliar as dimensões temporais tanto do passado como do futuro comprometidas, assim como dificuldade em iniciar e organizar seus comportamentos. Por conta do déficit de síntese temporal, seu comportamento é altamente suscetível de perturbação por interferência de estímulos externos ou internos.

Além disso, pacientes com lesões pré-frontais tendem a certo concretismo (apreendem noções abstratas como se fossem concretas). Este concretismo é observado também no domínio das noções de tempo e duração: essas pessoas vivem “ancoradas” no presente imediato, destituídas de perspectiva temporal tanto para o passado como para o futuro. Seu comportamento tem o aspecto de um imediatismo temporal, no sentido de serem dominadas por necessidades e estímulos do momento presente (Fuster, 1997).

ALTERAÇÕES DA ORIENTAÇÃO (SEGUNDO A ALTERAÇÃO DE BASE)

Distinguem-se vários tipos de desorientação, de acordo com a alteração de base que a condiciona. É preciso lembrar que geralmente a desorientação ocorre, em primeiro lugar, em relação ao tempo. Só após o agravamento do transtorno, o indivíduo se desorienta quanto ao espaço e, finalmente, quanto a si mesmo.

Geralmente a desorientação ocorre, em primeiro lugar, em relação ao tempo. Só após o agravamento do transtorno, o indivíduo se desorienta quanto ao espaço e, finalmente, quanto a si mesmo.

- **Desorientação por redução do nível de consciência**. Também denominada *desorientação torporosa* ou *confusa*, é aquela na qual o indivíduo está desorientado por turvação da consciência. Tal turvação e o rebaixamento do nível de consciência produzem alteração da atenção, da concentração e, conseqüentemente, da capacidade de percepção e retenção dos estímulos ambientais. Isso impede que o indivíduo apreenda a realidade de forma clara e precisa e integre, assim, a cronologia dos fatos. Portanto, nesse caso, a alteração do nível de consciência é a causa da deso-

rientação. Essa é a **forma mais comum de desorientação**.

- **Desorientação por déficit de memória imediata e recente**. Também denominada *desorientação amnéstica*. Aqui, o indivíduo não consegue reter as informações ambientais básicas em sua memória. Não conseguindo fixar as informações, perde a noção do fluir do tempo, do deslocamento no espaço, passando a ficar desorientado temporoespacialmente. A desorientação amnéstica é típica da síndrome de Korsakoff. Já a **desorientação demencial** é muito próxima à amnéstica. Ocorre não apenas por perda da memória de fixação, mas por déficit de reconhecimento ambiental (agnosias) e por perda e desorganização global das funções cognitivas. Ocorre nos diversos quadros demenciais (doença de Alzheimer, demências vasculares, etc.).
- **Desorientação apática ou abúlica**. Ocorre por apatia ou desinteresse profundos. Aqui, o indivíduo torna-se desorientado devido a uma marcante alteração do humor e da volição, comumente em quadro depressivo. Por falta de motivação e interesse, o indivíduo, geralmente muito deprimido, não investe sua energia no mundo, não se atém aos estímulos ambientais e, portanto, torna-se desorientado.
- **Desorientação delirante**. Ocorre em indivíduos que se encontram imersos em profundo estado delirante, vivenciando idéias delirantes muito intensas, crendo com convicção plena que estão "habitando" o lugar (e/ou o tempo) de seus delírios. Nesses casos, é comum a chamada **dupla orientação**, na qual a orientação falsa, delirante, coexiste com a orientação correta. O paciente afirma que está no inferno, cercado por demônios, mas também pode reconhecer que está em uma enfermaria do hospital ou em um CAPS. Pode, ainda, ocorrer de o paciente dizer, em um momento, que está na cadeia e que os enfermeiros são carcereiros, e afirmar, logo em seguida, que são enfermeiros do hospital (alternando seqüencialmente os dois tipos de orientação).
- **Desorientação por déficit intelectual** (anteriormente chamada de *desorientação oligofrênica*). Ocorre em indivíduos com deficiência ou retardo mental grave ou moderado. Nesse caso, a desorientação ocorre pela incapacidade ou dificuldade em compreender o ambiente e de reconhecer e interpretar as convenções sociais (horários, calendário, etc.) que padronizam a orientação do indivíduo no mundo.
- **Desorientação por dissociação**, ou desorientação histérica. Ocorre em geral em quadros histéricos graves, normalmente acompanhada de alterações da identidade pessoal (fenômeno da possessão histérica ou desdobramento da personalidade) e de alterações da consciência secundárias à dissociação histérica (estado crepuscular histérico, quadros dissociativos psicogenéticos, etc.).
- **Desorientação por desagregação**. Ocorre em pacientes psicóticos, geralmente esquizofrênicos em estado crônico e avançado da doença, quando o indivíduo, por desagregação profunda do pensamento, apresenta toda a sua atividade mental gravemente desorganizada, o que o impede de se orien-

tar de forma adequada quanto ao ambiente e quanto a si mesmo.

- **Desorientação quanto à própria idade**. É definida como uma discrepância de cinco anos ou mais entre a idade real e aquela que o paciente diz ter. Ela tem sido descrita em alguns pacientes esquizofrênicos crônicos e parece ser um bom indicativo clínico de déficit cognitivo na esquizofrenia (Crow; Stevens, 1978).

Quadro 12.1
Semiotécnica da orientação

Orientação temporal: "Que dia é hoje?"; "Qual o dia da semana?"; "Qual o dia do mês?"; "Em que mês estamos?"; "Em que ano estamos?"; "Qual a época do ano (começo, meio ou final do ano)?"; "Aproximadamente que horas são agora?". Lembrar-se de que alguns sujeitos com baixa escolaridade (menos de oito anos) podem, eventualmente, apresentar dificuldades na orientação temporal e, sobretudo, nas noções de duração e continuidade temporal (Anthony; Le Resche; Niaz, 1982).

Orientação espacial: "Onde estamos?"; "Como se chama a cidade em que estamos? E o bairro?"; "Qual o caminho e quanto tempo leva para vir de sua casa até aqui?"; "Que edifício é este (hospital, ambulatório, consultório, etc.) em que estamos?"; "Em que andar estamos?".

Orientação autopsíquica: "Quem é você?"; "Qual o seu nome?"; "O que faz?"; "Qual a sua profissão?"; Quem são os seus pais?"; "Qual a sua idade (verificar a idade real do paciente)?"; "Qual o seu estado civil?".

Questões de revisão

- Como é classificada a capacidade de orientar-se? Estabeleça a diferença entre orientação espacial e orientação temporal, sem esquecer de relacioná-las com transtornos mentais e distúrbios neuropsicológicos e neurológicos.
- Quais são as áreas encefálicas relacionadas à orientação espacial e à orientação temporal?
- Caracterize os tipos de desorientação de acordo com a alteração de base que os condiciona.

13

As vivências do tempo e do espaço e suas alterações

O segundo, não o tempo, é implacável.
Tolera-se o minuto. A hora suporta-se.
Admite-se o dia, o mês, o ano, a vida,
a possível eternidade.

Mas o segundo é implacável.
Sempre vigiando e correndo e vigiando.
De mim não se condói, não pára, não perdoa.
Avisa talvez que a morte foi adiada
ou apressada
Por quantos segundos?

Carlos Drummond de Andrade

DEFINIÇÕES BÁSICAS

As vivências do tempo e do espaço constituem-se como dimensões fundamentais de todas as experiências humanas.

As **vivências do tempo e do espaço** constituem-se como dimensões fundamentais de todas as experiências humanas. O ser, de modo geral, só é possível nas dimensões reais e objetivas do espaço e do tempo. Portanto, o tempo e o espaço são, ambos, condicionantes fundamentais do universo e estruturantes básicos da experiência humana.

Para o físico Newton (1643-1727) e o filósofo Leibniz (1646-1716), o espaço e o tempo produzem-se exclusivamente fora do homem e têm uma realidade objetiva plena. São realidades independentes do ser humano.

Em contraposição à essa noção, Kant (1724-1804) defende que o espaço e o tempo são dimensões básicas, que possibilitam todo e qualquer conhecimento, intrínsecas ao ser humano como ser cognoscente. Segundo ele, não se pode conhecer realmente nada que exista fora do tempo e do espaço. Para esse filósofo, entidades que pairam fora do tempo e do espaço, como Deus, a liberdade ou a alma humana, não são passíveis de ser propriamente conhecidas. Pode-se pensar sobre elas, mas nunca conhecê-las objetivamente.

Nesse sentido, Kant acrescenta, à visão de Newton, a dimensão subjetiva do tempo e do espaço, elevando-as ao *status* de "categorias do conhecimento humano". Apesar disso, para ele, o tempo e o espaço são "entidades potenciais ou ocas", isto é, embora sejam absolutamente necessárias ao conhecimento e se encontrem presen-

tes no interior do homem, só adquirem plena realidade quando preenchidas por objetos do conhecimento.

Para Henri Bergson [1934] (1984), uma das principais dificuldades para compreender o que o tempo realmente é origina-se na história da filosofia, quando o espaço e o tempo foram considerados como sendo do mesmo gênero. Estudou-se o espaço, determinou-se a sua natureza e a sua função, depois transportaram-se para o tempo as conclusões obtidas. Para passar de um a outro, foi suficiente mudar uma palavra: "justaposição" por "sucessão". Segundo esse filósofo, o problema é que os pensadores sempre se referiram à duração como uma extensão: "Quando evocamos o tempo, é o espaço que responde ao chamado".

Ao tentar estudar o movimento, o fluir da vida e das coisas, a inteligência se concentrou em uma série de posições fixas, sucessivas. Bergson propõe que, para captar o que realmente o tempo é, o que significa a duração, deve-se abandonar tal atitude; diz ele:

> Abandonemos esta representação intelectual do movimento, que o desenha como um série de posições. Vamos direto a ele, consideremo-lo sem conceitos interpostos: nós o vemos simples e uno. A essência da duração está em fluir, nunca veremos algo que "dure" ao nos atermos ao estável acoplado ao estável. O tempo, a duração, o movimento é o contrário, é o fluxo, é a continuidade de transição, a mudança ela mesma. Esta mudança é indivisível.

Os filósofos existencialistas também deram grande ênfase à questão da temporalidade. Para eles, o tempo não é simplesmente um objeto real, exterior ao homem (como queria Newton), nem uma entidade oca, como postulava Kant, mas um dos elementos constituintes do ser.

Para Heidegger (1889-1976), o homem deve ser compreendido pelas condições básicas do "estar/ser no mundo", "estar/ser com os outros" e, fundamentalmente, como "ser para a morte". Assim, a morte e, por conseqüência, a temporalidade definem a condição humana. Para o filósofo alemão, analisar o tempo é observar o homem em sua maior contradição: a tensão permanente entre permanência e transitoriedade, poder e impotência, vida e morte.

Finalmente, cabe ressaltar que a dimensão temporal da experiência humana relaciona-se com os chamados ritmos biológicos. Os de maior importância para a psicopatologia são: o **ritmo circadiano** (dura cerca de 24 horas, alternando-se o dia e a noite), os **ritmos mensais** relacionados principalmente ao ciclo menstrual (dura cerca de 28 dias), as **variações sazonais** (as quatro estações do ano) e as **grandes fases da vida** (gestação, infância, adolescência, período adulto e velhice). Muitos desses ritmos biológicos associam-se tanto a flutuações hormonais e bioquímicas como a símbolos culturais (datas festivas, representações culturais das fases da vida, etc.), contribuindo para a determinação do estado mental do indivíduo.

A dimensão temporal da experiência humana relaciona-se com os chamados ritmos biológicos.

QUALIDADES DA VIVÊNCIA DO ESPAÇO E DO TEMPO

É inquestionável que a vida psíquica, além de ocorrer e se configurar no tempo, tem ela mesma um aspecto especificamente temporal e, por isso, é legítima a distinção do tempo em:

- Tempo subjetivo (interior, pessoal)
- Tempo objetivo (exterior, cronológico, mensurável)

Muitas vezes, ocorre certo descompasso entre o tempo subjetivo e o cronoló-

gico. Tal discrepância pode ser tanto um fenômeno primário, uma legítima alteração da consciência do tempo, como um fenômeno secundário, decorrente de alterações da consciência, da memória, do pensamento, etc.

O poeta Fernando Pessoa (1995, p. 293) ilustra a dessincronia que pode existir entre o tempo cronológico, objetivo e subjetivo, vivenciado internamente pelo indivíduo (algo próximo à duração de Bergson):

> Viajei. Julgo inútil explicar-vos que não levei meses, nem dias, nem outra quantidade qualquer de medida de tempo a viajar. Viajei no tempo é certo, mas não do lado de cá do tempo, onde o contamos por horas, dias e meses; foi do outro lado do tempo que eu viajei, onde o tempo se não conta por medida. Decorre, mas sem que seja possível medi-lo. É como que mais rápido que o tempo que vimos viver-nos...

ESPAÇO E TEMPO PROFANOS E SAGRADOS

Segundo o historiador Mircea Eliade (1992), o espaço e o tempo têm qualidades particulares e diferentes para o homem religioso em relação ao homem não-religioso. Para o primeiro, o espaço não é homogêneo, apresenta rupturas, quebras. O espaço sagrado é forte, significativo, o único que, para o homem religioso, é de fato real, que existe realmente. O espaço sagrado constitui uma experiência primordial, que corresponde à fundação do mundo. Para o indivíduo crente, o templo faz parte de um espaço diferente da rua onde ele se encontra. A porta que se abre para o interior do templo significa o limiar que separa dois modos de ser, o profano e o religioso; é a fronteira que distingue e opõe dois mundos, mas, ao mesmo tempo, a via pela qual esses dois mundos se comunicam.

Da mesma forma, por meio dos ritos, o homem religioso passa da duração temporal ordinária para o tempo sagrado. Esse é um tempo indefinidamente recuperável, repetitivo, por tratar-se de um tempo mítico e primordial, tornado presente por meio do rito, da festa religiosa. Segundo Eliade, "toda festa religiosa, todo tempo litúrgico, representa a reatualização de um evento sagrado que teve lugar num passado mítico, nos 'primórdios'".

ANORMALIDADES DA VIVÊNCIA DO TEMPO: VIVÊNCIA DO TEMPO E RITMO PSÍQUICO NAS SÍNDROMES DEPRESSIVAS E MANÍACAS

De modo geral, a passagem do tempo é percebida como lenta e vagarosa nos estados depressivos, e rápida e acelerada nos estados maníacos. O ritmo psíquico também é oposto nesses dois transtornos: na mania, há **taquipsiquismo** geral, com aceleração de todas as funções psíquicas (pensamento, psicomotricidade, linguagem, etc.), e, na depressão, ocorre **bradipsiquismo**, com lentificação de todas as atividades mentais.

De modo geral, a passagem do tempo é percebida como lenta e vagarosa nos estados depressivos, e rápida e acelerada nos estados maníacos.

Ilusão sobre a duração do tempo

Trata-se da deformação acentuada da percepção da duração temporal. Ocorre, sobretudo, nas **intoxicações por alucinógenos** ou **psicoestimulantes** (cocaína, anfetamina, etc.), nas fases agudas e iniciais das **psicoses** e em **situações emocionais especiais** e intensas. Ocorre também quando são recebidas, por exemplo, muitas informações novas; o tempo pode parecer transcorrer de modo extremamente veloz ou comprimido, ou de forma muito lenta e dilatada.

Atomização do tempo

Vivemos no tempo presente, em um agora que se vincula intimamente aos acontecimentos passados e às possibilidades do porvir. A alteração ou a falta dessa experiência subjetiva natural de fluir temporal, decorrente da perda ou do enfraquecimento de ambas as margens do tempo (passado e futuro), produz uma redução quase puntiforme ou atomizada do tempo, fazendo-o parecer uma sucessão de pontos presentes que não se articulam entre si. O indivíduo não consegue inserir-se naturalmente na continuidade do devir, adere a momentos quase descontínuos. Esse fenômeno ocorre nos **estados de exaltação** e **agitação maníaca**, geralmente acompanhados da chamada fuga de idéias e de distraibilidade intensa.

Inibição da sensação de fluir do tempo (inibição do devir subjetivo)

A experiência normal do tempo implica a ampliação de um agora que se estende ao passado e se dirige ao porvir. Implica também um movimento mental que integra o fluir dos acontecimentos objetivos e externos à dimensão temporal subjetiva, ou seja, ao devir da vida subjetiva. A anormalidade da sensação do fluir do tempo corresponde à falta da sensação do avançar subjetivo do tempo, na qual o sujeito perde o sincronismo entre o passar do tempo objetivo, cronológico, e o fluir de seu tempo interno. Isso ocorre em **síndromes depressivas graves**. Certos pacientes depressivos expressam a sua vivência do tempo dizendo que o tempo encolheu, que não passa, deixou de fluir, ou que está passando muito mais devagar que o normal.

Alguns **pacientes esquizofrênicos** experimentam certa passividade em relação ao fluir do tempo; sentem que a sua percepção do tempo é controlada por uma instância exterior ao seu Eu. Outros pacientes esquizofrênicos, geralmente mais graves, sofrem verdadeira desintegração da sensação do tempo e do espaço.

Pacientes muito **ansiosos** descrevem uma pressão do tempo, como se o tempo de que dispõem fosse sempre insuficiente; “sinto que nunca vou dar conta de fazer o que devo fazer em determinado período”. Pacientes **obsessivo-compulsivos** graves ocasionalmente experimentam uma lentificação enorme de todas as atividades, sobretudo quando devem completar alguma tarefa.

ANORMALIDADES DA VIVÊNCIA DO ESPAÇO

No **estado de êxtase**, há perda das fronteiras entre o eu e o mundo exterior. Nesse caso (que também pode ser classificado como transtorno da consciência do eu), o sujeito sente como se estivesse fundido ao mundo exterior (López Ibor, 1957).

A vivência do espaço no indivíduo em **estado maníaco** é a de um espaço extremamente dilatado e amplo, que invade o das outras pessoas. O maníaco desconhece as fronteiras espaciais e vive como se todo o espaço exterior fosse seu. Esse espaço não oferece resistências ao seu eu.

Nos **quadros depressivos**, o espaço exterior pode ser vivenciado como muito encolhido, contraído, escuro e pouco penetrável pelo indivíduo e pelos outros.

O indivíduo com **quadro paranóide** vivencia o seu espaço interior como invadido por aspectos ameaçadores, perigosos e hostis do mundo. O espaço exterior é, em princípio, invasivo, fonte de perigos e ameaças. No caso do indivíduo com **agorafobia**, o espaço exterior é percebido como sufocante, pesado, perigoso e potencialmente aniquilador.

Questões de revisão

- Comente sobre as posições teóricas defendidas por Bergson e Heidegger em relação à vivência do tempo.
- O que você pode dizer sobre a relação entre a vivência do tempo e o ritmo psíquico nos transtornos maníacos e depressivos?
- Discuta a relação entre a vivência do espaço e os transtornos mentais.

14

A sensopercepção e suas alterações (incluindo a representação e a imaginação)

DEFINIÇÕES BÁSICAS

Todas as informações do ambiente, necessárias à sobrevivência do indivíduo, chegam até o organismo por meio das sensações. Os diferentes estímulos físicos (luz, som, calor, pressão, etc.) ou químicos (substâncias com sabor ou odor, estímulos sobre as mucosas, a pele, etc.) agem sobre os órgãos dos sentidos, estimulando os diversos receptores e, assim, produzindo as sensações. O ambiente fornece constantemente informações sensoriais ao organismo que, por intermédio delas, se auto-regula e organiza suas ações voltadas à sobrevivência ou à interação social.

Define-se sensação como o fenômeno elementar gerado por estímulos físicos, químicos ou biológicos variados, originados fora ou dentro do organismo, que produzem alterações nos órgãos receptores, estimulando-os.

Define-se **sensação** como o fenômeno elementar gerado por estímulos físicos, químicos ou biológicos variados, originados fora ou dentro do organismo, que produzem alterações nos órgãos receptores, estimulando-os. Os estímulos sensoriais fornecem a alimentação sensorial aos sistemas de informação do organismo. As diferentes formas de sensação são geradas por estímulos sensoriais específicos, como visuais, táteis, auditivos, olfativos, gustativos, proprioceptivos e cinestésicos.

Por **percepção**, entende-se a tomada de consciência, pelo indivíduo, do estímulo sensorial. Arbitrariamente, então, se atribui à sensação a dimensão neuronal, ainda não plenamente consciente, no processo de sensopercepção. Já a percepção diz respeito à dimensão propriamente neuropsicológica e psicológica do processo, à transformação de estímulos puramente sensoriais em fenômenos perceptivos conscientes. Piéron (1996) define percepção como a tomada de conhecimento sensorial de objetos ou de fatos exteriores mais ou menos complexos.

A sensação é considerada, portanto, um fenômeno passivo; estímulos físicos (luz, som, pressão) ou químicos atuam sobre sistemas de recepção do organismo. Já a percepção seria fenômeno ativo; o sistema nervoso e a mente do sujeito constroem

um percepto por meio da síntese dos estímulos sensoriais, estímulos esses confrontados com experiências passadas registradas na memória e com o contexto sociocultural em que vive o sujeito e que atribui significado às experiências. Tal percepto, ou seja, a percepção final, é, dessa forma, apreendido pelo sujeito consciente.

Hoje em dia, afirma-se que a percepção não resulta simples e passivamente do conjunto de estímulos e sensações; é o produto ativo, criativo e pessoal de experiências que partem de estímulos sensoriais, mas são recriadas na mente de quem percebe algo. Por exemplo, a percepção visual de uma mesa, a partir da sensação visual de quatro troncos e de uma tábua acima deles, só é possível por sujeitos que pertencem a sociedades que fabricam mesas e lhes dão o significado de determinado móvel. Fora desse contexto, o objeto percebido não apresenta o caráter total do percepto "mesa".

A diferença entre percepção e **apercepção** é mais sutil e polêmica. O termo apercepção foi introduzido pelo filósofo Leibniz (1646-1716), significando a plena entrada de uma percepção na consciência e sua articulação com os demais elementos psíquicos. Para ele, **aperceber** é *perceber algo integralmente, com clareza e plenitude*, por meio de reconhecimento ou identificação do material percebido com o preexistente. Jung (1875-1961) definia a apercepção como um processo psíquico em virtude do qual um novo conteúdo é articulado de tal modo a conteúdos semelhantes já dados que se pode considerar imediatamente claro e compreendido (Sharp, 1991). Nesse caso, a apercepção seria propriamente uma *gnosia*, ou seja, o pleno reconhecimento de um objeto percebido (Cabral; Nick, 1996).

Deve-se ressaltar que a maioria dos autores não faz diferença entre percepção e apercepção. Da mesma forma, vários psicopatólogos preferem não separar a sensação da percepção e denominam o fenômeno de sensopercepção.

DELIMITAÇÃO DOS CONCEITOS DE IMAGEM E DE REPRESENTAÇÃO

O elemento básico do processo de sensopercepção é a **imagem perceptiva real**, ou simplesmente **imagem**. A imagem se caracteriza pelas seguintes qualidades:

- **Nitidez** (a imagem é nítida, seus contornos são precisos)
- **Corporeidade** (a imagem é viva, corpórea, tem luz, brilho e cores vivas)
- **Estabilidade** (a imagem percebida é estável, não muda de um momento para outro)
- **Extrojeção** (a imagem, provinda do espaço exterior, também é percebida neste espaço)
- **Ininfluenciabilidade voluntária** (o indivíduo não consegue alterar voluntariamente a imagem percebida)
- **Completitude** (a imagem apresenta desenho completo e determinado, com todos os detalhes diante do observador).

É preciso distinguir o fenômeno **imagem** do fenômeno **representação**. Ao contrário da imagem perceptiva real, a **imagem representativa ou mnêmica (representação)** se caracteriza por ser apenas uma revivescência de uma imagem sensorial determinada, sem que esteja presente o objeto original que a produziu.

A diferença entre a experiência vívida da sensopercepção e as experiências da imaginação e da representação é bem descrita pelo criador da psicologia empírica, o filósofo inglês David Hume (1711-1776):

> Todos admitirão sem hesitar que existe uma considerável diferença entre as percepções da mente quando o homem sente a dor de um calor excessivo ou o prazer de um ar moderadamente tépido e quando relembra mais tarde essa sensação ou a antecipa pela imaginação. Essas faculdades podem remedar ou copiar as percepções dos sentidos, mas jamais atingirão a força e a vivacidade do sentimento original. O máximo que podemos dizer delas, mesmo quando operam com todo o seu vigor, é que representam o seu objeto de maneira tão viva que quase se poderia dizer que os vemos ou sentimos. [...] O mais vivo pensamento é ainda inferior à mais embotada das sensações. (1973, p. 134)

Representação é a reapresentação de uma imagem na consciência, sem a presença real, externa, do objeto que, em um primeiro momento, gerou uma imagem sensorial.

A **imagem representativa ou mnêmica (representação)** se caracteriza por:

- **Pouca nitidez** (os contornos, geralmente, são borrados)
- **Pouca corporeidade** (a representação não tem a vida de uma imagem real)
- **Instabilidade** (a representação aparece e desaparece facilmente do campo de consciência)
- **Introjeção** (a representação é percebida no espaço interno)
- **Incompletude** (a representação demonstra um desenho indeterminado, apresentando-se geralmente incompleta e apenas com alguns detalhes).

Existem alguns subtipos de imagem representativa:

- **Imagem eidética (eidetismo)**. É a evocação de uma imagem guardada na memória, ou seja, de uma representação, de forma muito precisa, com características semelhantes à percepção. A imagem eidética é experimentada por alguns indivíduos que, por uma capacidade excepcional, conseguem ver um objeto com muita nitidez e clareza (uma cadeira, a face de uma pessoa, etc.). A evocação de uma imagem eidética é voluntária e não representa necessariamente sintoma de transtorno mental.
- **Pareidolias**. São as imagens visualizadas voluntariamente a partir de estímulos imprecisos do ambiente. Ao olhar uma nuvem e poder ver nela um gato ou um elefante, a criança está experimentando o que se denomina pareidolia. Da mesma forma, ocorre pareidolia ao se olhar uma folha com manchas imprecisas e, por meio de esforço voluntário, visualizar nessas manchas determinados objetos. Ambas as formas de percepção artificialmente modificadas devem ser classificadas como pareidolias.

> A imaginação é uma atividade psíquica, geralmente voluntária, que consiste na evocação de imagens percebidas no passado (imagem mnêmica) ou na criação de novas imagens (imagem criada).

A **imaginação** é uma atividade psíquica, geralmente voluntária, que consiste na evocação de imagens percebidas no passado (imagem mnêmica) ou na criação de novas imagens (imagem criada). A imaginação, ou processo de produção de imagens, geralmente ocorre na ausência de estímulos sensoriais.

A **fantasia**, ou **fantasma**, é uma produção imaginativa, produto minimamente organizado da imaginação. No sentido

psicanalítico, a fantasia pode ser consciente ou inconsciente. Ela se origina de desejos, temores e conflitos tanto conscientes como inconscientes. A produção de fantasias é muito freqüente e intensa em crianças. Às vezes, é dominante em certos tipos de personalidades, como nas personalidades histéricas. A produção de fantasias tem uma importante função psicológica: ajudar o indivíduo a lidar com as frustrações, com o desconhecido e, de modo geral, com os seus conflitos. Muitas pessoas encontram grande prazer em suas atividades fantasmáticas, e os profissionais da criatividade (artistas, inventores, poetas, etc.) dependem basicamente de sua capacidade de produzir, desenvolver e elaborar suas fantasias.

ALTERAÇÕES DA SENSOPERCEPÇÃO

As alterações da sensopercepção, como as alucinações, as ilusões visuais e outros fenômenos desse tipo, têm intrigado os estudiosos há séculos. Lucrécio (96-55 a.C.), o filósofo epicurista da Roma antiga, manifesta seu assombro com tais fenômenos da seguinte maneira:

> [...] donde provém a alma e qual é a sua natureza e quais são essas coisas que, vindo ao encontro da gente acordada, *mas abalada pela doença ou mergulhada no sono*, aterrorizam os espíritos, dando-nos a ilusão de que estão diante de nós, e os podemos ouvir, aqueles cujos ossos tocados pela morte se encontram recobertos de terra. (Lucrécio, 1973, p. 41)

Alterações quantitativas da sensopercepção

Nas alterações quantitativas, as imagens perceptivas têm intensidade anormal, para mais ou para menos, configurando hiperestesias, hiperpatias, hipoestesias, anestesias e analgesias. Eventualmente, esses termos são empregados em neurologia com um sentido um pouco diverso do utilizado em psicopatologia.

A **hiperestesia**, no sentido psicopatológico, é a condição na qual as percepções encontram-se anormalmente aumentadas em sua intensidade ou duração. Os sons são ouvidos de forma muito amplificada; um ruído parece um estrondo; as imagens visuais e as cores tornam-se mais vivas e intensas. A hiperestesia ocorre nas intoxicações por alucinógenos, como o LSD (eventualmente também após ingestão de substâncias como cocaína, maconha, harmina e harmalina, estas duas últimas contidas na beberagem de uso ritual nas religiões Santo Daime e União do Vegetal), em algumas formas de epilepsia, na enxaqueca, no hipertireoidismo, na esquizofrenia aguda e em certos quadros maníacos. Denomina-se **hiperpatia**, no sentido neurológico, quando uma sensação desagradável (geralmente de queimação dolorosa) é produzida por um leve estímulo da pele. A hiperpatia ocorre tipicamente nas síndromes talâmicas.

Já a **hipoestesia**, no sentido psicopatológico, é observada em alguns pacientes depressivos, nos quais o mundo circundante é percebido como mais escuro; as cores tornam-se mais pálidas e sem brilho; os alimentos não têm mais sabor; e os odores perdem sua intensidade. As **hipoestesias táteis**, com sentido neurológico, são alterações localizadas em territórios cutâneos de inervação anatomicamente determinada, compondo as chamadas síndromes sensitivas de interesse à neurologia clínica. As mais comuns são decorrentes de lesões da medula, das raízes medulares dos nervos (hipoestesia em faixa) e dos neurônios periféricos (hipoestesias "em bota" e "em luva" das clássicas polineuropatias).

Por sua vez, as **anestesias táteis** implicam a perda da sensação tátil em determinada área da pele. Usa-se, com freqüência, o termo anestesia para indicar também

analgesias (perda das sensações dolorosas) de áreas da pele e partes do corpo. Anestesias, hipoestesias e analgesias em áreas que não correspondem a territórios de nervos anatomicamente definidos em geral são de causa psicogenética. Tais alterações ocorrem mais em pacientes com transtornos histéricos, em sujeitos com alto grau de sugestionabilidade e em alguns quadros depressivos e psicóticos graves.

Finalmente, fenômenos e termos próximos aos recém-descritos são as **parestesias** e as **disestesias**. Eles referem-se a alterações da sensopercepção, sobretudo do sentido tátil e doloroso, associadas mais freqüentemente a doenças neurológicas. **Parestesias** são sensações táteis desagradáveis (embora não sentidas propriamente como dor), em geral espontâneas, descritas pelos pacientes como “formigamentos, adormecimentos, picadas, agulhadas ou queimação” mais ou menos intensas. Uma forma fisiológica (não-patológica) de parestesia é a chamada **parestesia de Berger**, que ocorre quando um sujeito cruza as pernas por longo tempo e passa a sentir formigamento, adormecimento e fraqueza em parte da perna, por compressão transitória do nervo correspondente. As **disestesias** táteis são sensações anômalas, em geral dolorosas, desencadeadas por estímulos externos; assim, ao estimular a pele do paciente com calor, este refere sensação de frio; e, após um leve roçar sobre a pele, refere dor (aqui, a disestesia assemelha-se à hiperpatia). As parestesias diferem das disestesias pelo fato de aquelas ocorrerem de forma espontânea e estas serem desencadeadas por estímulos externos.

Parestesias e disestesias ocorrem em doenças dos nervos, como neuropatia diabética periférica, mononeurite diabética, neuropatia por carências nutricionais ou outras neuropatias de natureza alcoólica, amilóide ou carcinomatosa. Também podem ocorrer na esclerose múltipla e na síndrome de Guillain-Barré.

Algumas **disestesias** e **parestesias corporais**, quando de origem não-neurológica, podem acometer pacientes histéricos, hipocondríacos, somatizadores, ansiosos e, ocasionalmente, indivíduos submetidos a estados emocionais intensos.

Alterações qualitativas da sensopercepção

As alterações qualitativas da sensopercepção são as mais importantes em psicopatologia. Compreendem as ilusões, as alucinações, a alucinose e a pseudo-alucinação.

> As alterações qualitativas da sensopercepção são as mais importantes em psicopatologia. Compreendem as ilusões, as alucinações, a alucinose e a pseudo-alucinação.

O fenômeno descrito como **ilusão** se caracteriza pela percepção deformada, alterada, de um objeto real e presente. Na ilusão, há sempre um objeto externo real, gerador do processo de sensopercepção, mas tal percepção é deformada, adulterada, por fatores patológicos diversos.

Ilusão é a percepção deformada de um objeto real e presente.

> Ilusão é a percepção deformada de um objeto real e presente.

As ilusões ocorrem basicamente em três condições:

1. Estados de **rebaixamento do nível de consciência**. Por turvação da consciência, a percepção torna-se imprecisa, fazendo com que os estímulos sejam percebidos de forma deformada.
2. Estados de **fadiga grave** ou de **inatenção marcante**. Podem ocorrer ilusões transitórias e sem muita importância clínica.
3. Alguns **estados afetivos**. Por sua acentuada intensidade, o afeto de-

forma o processo de sensopercepção, gerando as chamadas **ilusões catatímicas**.

Tipos de ilusão

As ilusões mais comuns são as visuais, nas quais o paciente geralmente vê pessoas, monstros, animais, entre outras coisas, a partir de estímulos visuais como móveis, roupas, objetos ou figuras penduradas nas paredes. Também não são raras as ilusões auditivas, nas quais, a partir de estímulos sonoros inespecíficos, o paciente ouve seu nome, palavras significativas ou chamamentos.

As alucinações

Define-se alucinação como a percepção de um objeto, sem que este esteja presente, sem o estímulo sensorial respectivo. Há, aqui, certa dificuldade conceitual. Se a percepção é um fenômeno sensorial que obrigatoriamente inclui um objeto estimulante (as formas de uma bola, o ruído de uma voz, o odor de uma substância química) e um sujeito receptor, como pode-se falar em percepção sem objeto? Entretanto, a clínica registra indivíduos que percebem perfeitamente uma voz ou uma imagem, com todas as características de uma percepção normal, corriqueira, sem a presença real do objeto. Eis um desafio conceitual que a patologia mental coloca à psicologia do normal (Ey, 1973).

Alucinação é a percepção clara e definida de um objeto (voz, ruído, imagem) sem a presença do objeto estimulante real.

Alucinação é a percepção clara e definida de um objeto (voz, ruído, imagem) sem a presença do objeto estimulante real.

Alguns autores chamam de alucinações verdadeiras aquelas que têm todas as características de uma imagem perceptiva real (nitidez, corporeidade, projeção no espaço exterior, constância).

Embora as alucinações sejam mais comuns em indivíduos com transtornos mentais graves, podem ocorrer em pessoas que não os apresentem. Um estudo de Tien (1991) revelou que alucinações de qualquer tipo ocorrem na população normal com a incidência anual de 4 a 5%, sendo as visuais mais comuns que as auditivas. Dessa forma, indivíduos sem transtornos mentais podem ter visões ou ouvir vozes, sobretudo a de parentes próximos já mortos, devido ao desejo intenso de reencontrá-los (Behrendt; Young, 2004).

Os tipos de alucinação mais importantes na clínica são apresentados a seguir.

Alucinações auditivas

São o tipo de alucinação mais freqüente nos transtornos mentais. As alucinações auditivas podem ser divididas em simples e complexas (estas de maior interesse à psicopatologia). **Alucinações auditivas simples** são aquelas nas quais se ouvem apenas ruídos primários. Elas são menos freqüentes que as alucinações auditivas complexas. O ***tinnitus***, ou *tinnitus aurium*, corresponde à sensação subjetiva de ouvir ruídos (em um ou nos dois ouvidos), tais como zumbidos, burburinhos, cliques, estalidos. Podem ser contínuos, intermitentes ou pulsáteis (nesse caso, o ruído ocorre em sincronia com os batimentos cardíacos). O *tinnitus* pode ser objetivo (ao se examinar o ouvido do paciente, também se ouve um leve ruído decorrente de turbulência intravascular, aumento do fluxo sangüíneo ou movimentos na tuba auditiva) ou subjetivo (apenas este tipo pode ser classificado propriamente como uma alucinação simples). O *tinnitus* é geralmente decorrente de doenças ou alterações do sistema

auditivo (ouvido externo ou médio, cóclea, nervo acústico) ou de conexões auditivas centrais, sendo com freqüência acompanhado de perda auditiva sensório-neural ou de condução. Um exemplo típico de patologia otológica com *tinnitus* é a doença de Ménière (*tinnitus*, perda auditiva e vertigem). O *tinnitus* também pode ocorrer em doenças cerebrovasculares (como lesões arteriais estenóticas, aneurismas e tumores vasculares). O *tinnitus* persistente requer avaliação otológica e neurológica.

A forma de alucinação auditiva complexa mais freqüente e significativa em psicopatologia é a **alucinação audioverbal**, na qual o paciente escuta vozes sem qualquer estímulo real. São vozes que geralmente o ameaçam ou insultam. Quase sempre a alucinação audioverbal é de conteúdo depreciativo e/ou de perseguição. Em alguns casos, as vozes ordenam que o paciente faça isso ou aquilo (são as chamadas vozes de comando), podendo, inclusive, mandar que ele se mate. Às vezes, as vozes comentam as atividades corriqueiras do paciente, por exemplo, "olha, agora o João está indo beber água, agora ele vai lavar a mão..." (são as chamadas vozes que comentam a ação).

Fenômenos muito próximos das alucinações auditivas, característicos da esquizofrenia, são aqueles referidos como sonorização do pensamento, eco do pensamento e publicação do pensamento.

A **sonorização do pensamento** (do alemão *Gedankenlautwerden*), muito próxima do **eco do pensamento**, é experimentada como a vivência sensorial de ouvir o pensamento, no momento mesmo em que este está sendo pensado (sonorização) ou de forma repetida, logo após ter sido pensado (como eco do pensamento). Existem dois tipos básicos de sonorização ou eco do pensamento:

1. **Sonorização do próprio pensamento**. É um fenômeno do tipo alucinatório no qual a vivência é semelhante a uma alucinação auditiva audioverbal, em que o paciente reconhece claramente que está ouvindo os próprios pensamentos, escuta-os no exato momento em que os pensa.
2. **Sonorização de pensamentos como vivência alucinatório-delirante**. É a experiência na qual o indivíduo ouve pensamentos que foram introduzidos em sua cabeça por alguém estranho, sendo agora ouvidos por ele.

Na **publicação do pensamento**, o paciente tem a nítida sensação de que as pessoas ouvem o que ele pensa no exato momento em que está pensando.

Valor diagnóstico das alucinações audioverbais: tais alucinações ocorrem com maior freqüência na **esquizofrenia**, tendo aqui o paciente uma convicção marcante de sua realidade. Também ocorrem nos **transtornos do humor**; na depressão grave, podem-se ouvir vozes geralmente com conteúdo negativo, de ruína ou culpa; e, na mania, são ouvidas vozes com conteúdo de grandeza ou conteúdo místico-religioso. As alucinações audioverbais que ocorrem nos transtornos do humor são classificadas em humor-congruentes (na depressão, vozes com temas depressivos; na mania, vozes com temas de grandeza) ou humor-incongruentes (o tema não tem a ver com o estado de humor do paciente, p. ex., vozes acusatórias na mania e vozes religiosas, da Virgem, na depressão).

Também, com relativa freqüência, as alucinações auditivas são experimentadas por pacientes que sofrem de **alcoolismo crônico** e de **transtornos da personalidade** (personalidade histriônica, *borderline* e esquizotípica), assim como de **transtorno dissociativo** (Goodwin; Alderson; Rosenthal, 1971). Entretanto, quando se ve-

rificam alucinações audioverbais em pacientes com nível de consciência normal, com forte convicção, sem *insight* e crítica, havendo ausência de transtorno do humor (depressão ou mania), a hipótese que se impõe é a de esquizofrenia.

Alucinações musicais

Fenômeno curioso e intrigante, a alucinação musical é descrita como a audição de tons musicais, ritmos, harmonias e melodias sem o correspondente estímulo auditivo externo. Esse tipo de alucinação é relativamente raro, sendo menos observado que os outros tipos de alucinação ou de *tinitus*. Tais alucinações podem ser contínuas ou intermitentes e, geralmente, são acompanhadas de consciência clara e crítica por parte do paciente.

Valor diagnóstico: as alucinações musicais são encontradas sobretudo em mulheres idosas com perda progressiva da audição, geralmente por doenças ou lesões otológicas. Ocorrem também em distúrbios neurológicos e neuropsicológicos (p. ex., demências) e transtornos psiquiátricos, principalmente depressão (embora também possam ser desencadeadas pelo uso de antidepressivos em idosos). Esses fatores podem ocorrer conjuntamente, por exemplo, em uma mulher idosa, com depressão, déficit auditivo, uso de antidepressivo e algum comprometimento cerebral (Berrios, 1991).

Alucinações visuais

São visões nítidas que o paciente experimenta, sem a presença de estímulos visuais. As alucinações visuais podem ser simples ou complexas. As **alucinações visuais simples** também são denominadas **fotopsias**. Nelas, o indivíduo vê cores, bolas e pontos brilhantes. Os chamados **escotomas**, de interesse maior para a oftalmologia, são pontos cegos ou manchas no campo visual. Eles podem ser positivos (manchas escuras), absolutos (cegueira em parte do campo visual), negativos (escotomas absolutos só revelados ao exame médico), móveis (por opacidades do humor vítreo) ou imóveis. Os escotomas indicam, quase sempre, distúrbios oftalmológicos (doenças ou alterações da retina, do nervo óptico e do humor vítreo).

As alucinações visuais simples ocorrem com mais freqüência em pacientes com doenças oculares, com déficit ou privação visual, mas podem se manifestar também na esquizofrenia, em acidentes vasculares que comprometem as vias visuais, no abuso de álcool, na enxaqueca e na epilepsia (Collerton; Perry; McKeith, 2005).

As **alucinações visuais complexas ou configuradas** (*complex or formed hallucinations*) incluem figuras e imagens de pessoas (vivas ou mortas, familiares ou desconhecidas), de partes do corpo (órgãos genitais, caveiras, olhos assustadores, cabeças disformes, etc.), de entidades (o demônio, uma santa, um fantasma), de objetos inanimados, animais ou crianças.

As alucinações visuais complexas podem incluir visões de cenas completas (p. ex., o quarto pegando fogo), sendo então denominadas **alucinações cenográficas**. Um tipo curioso de alucinação visual é a chamada **alucinação liliputiana**, na qual o indivíduo vê cenas com personagens diminutos, minúsculos, entre os objetos e pessoas reais de sua casa (mais freqüentes na síndrome de Charles Bonnet). As alucinações cenográficas são relativamente raras, podendo ser observadas nas diversas psicoses.

Valor diagnóstico das alucinações visuais: podem ocorrer tanto em estados normais e fisiológicos como em estados de adormecimento (alucinações hipnagógicas) ou na fase de despertar do sono (alucinações hipnopômpicas) e em estados de

fadiga e de emoção intensa. As **alucinações visuais simples** ocorrem em casos de enxaqueca, doenças oftalmológicas, sobretudo quando há perda total ou parcial da visão (10 a 30% dos indivíduos cegos têm alucinações visuais, simples ou complexas; Lepore, 1990), epilepsia e, eventualmente, esquizofrenia.

Já as **alucinações visuais complexas** se manifestam na seguinte ordem de freqüência:

1. Narcolepsia com cataplexia (transtorno do sono em que a atividade REM invade a consciência vígil)
2. Demência por corpos de Lewy (DCL)
3. Doença de Parkinson com demência
4. *Delirium* (sobretudo no *delirium tremens* dos alcoolistas)
5. Esquizofrenia
6. Demência vascular
7. Doença de Alzheimer
8. Doenças oftalmológicas
9. Intoxicação por alucinógenos (Collerton; Perry; McKeith, 2005)

A DCL é uma condição caracterizada pela ocorrência, em idosos, de alucinações visuais proeminentes, declínio cognitivo, flutuação do nível de consciência e sintomas extrapiramidais. As alucinações ocorrem tipicamente no final do dia, associadas com alteração da consciência, transtornos do sono e sonhos vívidos. Os corpos de Lewy são inclusões citoplasmáticas esféricas encontradas nos neurônios dos núcleos subcorticais, da substância negra e do córtex (nas regiões paralímbicas). É preciso lembrar que os pacientes com DCL, apesar de apresentarem alucinações visuais marcantes, são muito sensíveis a antipsicóticos (ocorrem efeitos colaterais graves com esses medicamentos).

Assim, as alucinações visuais, embora possam se manifestar em condições normais e em transtornos mentais como a esquizofrenia, são mais freqüentes em quadros neurológicos e neuropsicológicos. Portanto, sempre que um paciente (sobretudo se for idoso ou apresentar estado físico geral ruim, intoxicação/abstinência de álcool ou drogas ou alterações motoras) relatar uma alucinação visual, deve-se aventar a possibilidade de causa orgânica. Para uma ampla e completa revisão sobre as alucinações visuais, ver Collerton; Perry e McKeith (2005).

Alucinações táteis

O paciente sente espetadas, choques ou insetos ou pequenos animais correndo sobre sua pele. As alucinações táteis com pequenos animais ou insetos geralmente ocorrem associadas ao delírio de infestação (síndrome de Ekbom). Também são relativamente freqüentes as alucinações táteis sentidas nos genitais, sobretudo em pacientes esquizofrênicos, que sentem de forma passiva que forças estranhas tocam, cutucam ou penetram seus genitais.

Valor diagnóstico: as alucinações táteis são freqüentes na esquizofrenia, nos quadros histéricos, no *delirium tremens* e nas psicoses tóxicas, sobretudo naquelas produzidas pela cocaína.

Alucinações olfativas e gustativas

São relativamente raras. Em geral, manifestam-se como o "sentir" o odor de coisas podres, de cadáver, de fezes, de pano queimado, etc. Lembranças ou sensações olfativas normalmente vêm acompanhadas de forte impacto emocional. Ocorrem na esquizofrenia e em crises epilépticas, geralmente parciais complexas (crises uncinadas). Por exemplo, um paciente esquizofrênico sentia forte cheiro de pus que, se-

gundo ele, provinha de seu próprio abdome. As alucinações olfativas costumam ter impacto pessoal especial, podendo estar relacionadas a interpretações delirantes (“Sinto o cheiro de veneno de rato na comida, pois estão tentando me envenenar.”). Nas alucinações gustativas, os pacientes sentem, na boca, o sabor de ácido, de sangue, de urina, etc., sem qualquer estímulo gustativo presente. Ocorrem, muitas vezes, associadas a alucinações olfativas.

Valor diagnóstico: as alucinações olfativas são mais freqüentes nos quadros histéricos, seguidos dos quadros esquizofrênicos, e em quadros psico-orgânicos; já as gustativas ocorrem com mais freqüência na esquizofrenia e, em seguida, nos quadros histéricos (Goodwin; Alderson; Rosenthal, 1971).

Alucinações cenestésicas e cinestésicas

Alguns pacientes apresentam sensações incomuns e claramente anormais em diferentes partes do corpo, como sentir o cérebro encolhendo ou o fígado despedaçando (síndrome de Cotard, nas depressões graves) ou perceber uma víbora dentro do abdome. Essas sensações são denominadas **alucinações cenestésicas**; e o fenômeno geral de experimentar sensações alteradas nas vísceras e no corpo é denominado **cenestopatia**. Por sua vez, as **alucinações cinestésicas** são vivenciadas pelo paciente como sensações alteradas de movimentos do corpo, como sentir o corpo afundando, as pernas encolhendo ou um braço se elevando.

Valor diagnóstico: ocorrem principalmente na esquizofrenia. Alucinações em que se percebem os órgãos encolhendo ou sumindo ocorrem sobretudo em depressões graves. Tais alucinações são muitas vezes descritas como *delírio de Cotard*, pois os órgãos internos não são normalmente percebidos, ou seja, é “a idéia” de encolhimento ou desaparecimento do fígado ou do coração e não a (falsa) percepção. Sugere-se considerar alucinação quando predomina o aspecto sensorial na experiência e designar delírio quando os aspectos ideativos são predominantes.

Alucinações funcionais

Denominam-se **alucinações funcionais** as verdadeiras alucinações desencadeadas por estímulos sensoriais. A alucinação funcional difere da ilusão, pois enquanto esta é a deformação de uma percepção de um objeto real e presente, aquela é uma alucinação (ausência do objeto) apenas **desencadeada** por um estímulo real. Alguns pacientes relatam, por exemplo, que quando abrem o chuveiro ou a torneira da pia, começam a ouvir vozes.

Valor diagnóstico: essas alucinações são encontradiças na esquizofrenia.

Alucinações combinadas (ou sinestesias)

São experiências alucinatórias nas quais ocorrem alucinações de várias modalidades sensoriais (auditivas, visuais, táteis, etc.) ao mesmo tempo. O indivíduo vê uma pessoa que fala com ele, toca em seu corpo e assim por diante.

Valor diagnóstico: as alucinações combinadas ocorrem com maior freqüência em síndromes com alteração do nível de consciência, mas também podem aparecer na esquizofrenia, em formas graves de histeria e em psicoses em geral.

Alucinações extracampinas

São alucinações experimentadas fora do campo sensoperceptivo usual, como quan-

do o indivíduo vê uma imagem às suas costas ou atrás de uma parede. É um fenômeno raro, associado normalmente a psicoses.

Alucinação autoscópica

Em geral é uma alucinação visual (que também pode apresentar componentes táteis e cenestésicos) na qual o indivíduo enxerga a si mesmo, vê o seu corpo, como se estivesse fora dele, contemplando-o. É um fenômeno relativamente raro, associado a epilepsia, lesões do lobo parietal e esquizofrenia. A sensação de que há um Eu dentro do próprio corpo e um Eu fora dele é denominada ***Doppelgänger***, ou **fenômeno do duplo**. Trata-se de um fenômeno que pode ser apenas ideativo, mas, com certa freqüência, igualmente perceptivo. Em muitos grupos culturais do norte europeu, há a crença de que o indivíduo é visitado por seu duplo pouco tempo antes de sua morte (Sims, 1995). O fenômeno do duplo ocorre em pacientes com lesões cerebrais, *delirium*, esquizofrenia, intoxicações por alucinógenos e em indivíduos normais. Um fenômeno próximo ao *Doppelgänger* é a ***sensação de uma presença*** (*feeling of a presence*). Nesse caso, o indivíduo tem a nítida sensação de que um ser invisível o acompanha. Embora o paciente seja crítico em relação à natureza ilusória da experiência, a sensação é tão forte que alguns chegam a sentir um impulso para oferecer comida ou cadeira para esse ser acompanhante.

Valor diagnóstico: a *sensação de uma presença* ocorre em síndromes psico-orgânicas, epilepsia, esquizofrenia, enxaqueca e intoxicações por substâncias alucinógenas (Brugger; Regard; Landis, 1996).

Alucinações hipnagógicas e hipnopômpicas

As primeiras são alucinações auditivas, visuais ou táteis, relacionadas à transição sono-vigília. Assim, não são incomuns alucinações visuais (com pessoas, objetos, animais, monstros, etc.) que surgem na fase de transição entre a vigília e o sono. Já as **alucinações hipnopômpicas** ocorrem na fase em que o indivíduo está despertando. As **alucinações hipnagógicas** se manifestam no momento em que o indivíduo está adormecendo. Não são sempre fenômenos patológicos, podendo ocorrer em pessoas sem transtornos mentais.

Valor diagnóstico: essas alucinações ocorrem caracteristicamente na narcolepsia.

Estranheza do mundo percebido

Nas fases iniciais de muitos quadros psicóticos, observa-se a **estranheza do mundo percebido**, na qual o mundo, como um todo, é percebido alterado, bizarro, difícil de definir pelo doente. O mundo parece que se transformou, ou parece morto, sem vida, vazio, ou ainda sinistramente outro, estranho. Não se trata, ressalta Ubinha (1974), de erro de julgamento, mas, de fato, "o próprio mundo é percebido de outra forma, a visão de mundo é que está alterada, e não o julgamento sobre ele". É um fenômeno muito próximo da desrealização.

Alucinose

A alucinação denominada **alucinose** é o fenômeno pelo qual o paciente percebe tal alucinação como estranha à sua pessoa. Assim, os psicopatólogos franceses Henri-Charles-Jules Claude (1869-1945) e Henri Ey (1900-1977) afirmavam que o característico das alucinoses é serem adequada e imediatamente criticadas pelo sujeito, reconhecendo seu caráter patológico (Cheniaux, 2005).

Na alucinose, embora o doente veja a imagem ou ouça a voz ou o ruído, falta a crença que comumente o alucinado tem em

sua alucinação. O indivíduo permanece consciente de que aquilo é um fenômeno estranho, patológico, não tem nada a ver com a sua pessoa, estabelecendo distanciamento entre si e o sintoma. Diz-se que a alucinose é um fenômeno periférico ao Eu, enquanto a alucinação é central ao Eu.

A alucinose ocorre com maior freqüência em quadros psico-orgânicos; por isso, foram também denominadas *alucinações neurológicas* (Cheniaux, 2005).

A **alucinose** em sua modalidade **visual** ocorre com maior freqüência em pacientes com intoxicações por substâncias alucinógenas, como LSD, psilobicina, mescalina, anticolinérgicos, *ayahuasca*, etc. Pode ocorrer devido a tumores do pedúnculo cerebral, sendo então denominada alucinose peduncular de Lhermitte, conforme apresentado a seguir.

Alucinose peduncular

Experiência alucinatória, em geral visual, tipicamente vívida e brilhante, incluindo cenas, pessoas, animais e figuras geométricas. Ocorre mais comumente no final do dia, junto com obnubilação da consciência, podendo aparecer associada a sonhos vívidos. Na maioria dos casos, a alucinose peduncular é causada por lesões vasculares ou neoplásicas nas porções superiores do tronco cerebral (nos pedúnculos cerebrais). A localização mais freqüente são as áreas do mesencéfalo próximas aos núcleos da rafe. Essas lesões não incluem diretamente o sistema visual, mas parecem lesar o sistema reticular ascendente, incluindo as vias serotonérgicas (Behrendt; Young, 2004).

Alucinose auditiva

Uma forma comum de **alucinose auditiva** é a denominada **alucinose alcoólica**. Em geral, ocorre em indivíduos com dependência crônica de álcool e consiste tipicamente em vozes que falam do paciente na terceira pessoa ("Olha como o João está sujo hoje" ou "O Pedro é mesmo um covarde"). Aparece com preservação do nível de consciência e, às vezes, o paciente apresenta boa crítica em relação à vivência alucinatória, reconhecendo seu aspecto patológico. Alguns autores utilizam o termo alucinose alcoólica de forma um tanto imprecisa para designar as ilusões e as alucinações visuais de pacientes em *delirium tremens*.

POSSÍVEIS CAUSAS E TEORIAS ETIOLÓGICAS DAS ALUCINAÇÕES

Curiosamente, apesar de as alucinações serem estudadas há quase 200 anos por médicos, psicólogos e neurocientistas, ainda são controversas as suas possíveis causas e os seus mecanismos fisiológicos, neuropsicológicos e psicológicos. O fato de os medicamentos antipsicóticos serem eficazes na redução das alucinações de diversos tipos e de diferentes etiologias sugere a existência de mecanismos comuns na base de todos os fenômenos alucinatórios (Behrendt; Young, 2004).

Curiosamente, apesar de as alucinações serem estudadas há quase 200 anos por médicos, psicólogos e neurocientistas, ainda são controversas as suas possíveis causas e os seus mecanismos fisiológicos, neuropsicológicos e psicológicos.

Teorias psicodinâmicas, psicológicas e afetivas das alucinações

Segundo estas linhas teóricas, necessidades e tendências afetivas, desejos e, sobretudo, conflitos inconscientes constituiriam

a base das alucinações. O indivíduo projetaria no espaço exterior seus desejos, temores e conflitos recalcados. Alucinações verbais podem representar autoridade dos pais, sentimentos de culpa ou gratificação. Assim, as alucinações fariam parte de um processo defensivo com base em um mecanismo primitivo de defesa do ego, a saber, a **projeção**. Representariam, de fato, um grande movimento **inconsciente** que o aparelho psíquico empreende no sentido de expulsar de seu interior conteúdos conflituosos insuportáveis, material recalcado, impossível de ser aceito pelo Eu consciente. Nessa visão, as alucinações seriam um produto análogo ao sonho. Produções do próprio indivíduo que as experimenta, as vozes alucinadas constituiriam-se como aspectos significativos dos fantasmas pessoais inconscientes do alucinado.

No caso das alucinações verbais, os aspectos psicológicos parecem ser mais proeminentes (p. ex., em relação às alucinações visuais, táteis e gustativas), pelo menos em seu desencadeamento. O ressurgimento periódico dessas alucinações parece ser dependente de contextos (*context-dependent*), refletindo a sensação dos pacientes de estarem deslocados, marginalizados ou ameaçados em determinadas relações pessoais. A comunicação humana e as relações interpessoais são amplamente mediadas pela linguagem e, dessa forma, as alucinações verbais refletem a experiência social em pessoas com graves problemas de interação pessoal, ansiedade e desmoralização, como é o caso dos sujeitos psicóticos (Behrendt; Young, 2004).

Teoria irritativa cortical

A noção de que as alucinações corresponderiam a lesões irritativas em áreas cerebrais corticais, relacionadas à percepção complexa, foi introduzida no final do século XIX por autores como Tamburini (Itália), Meynert (Áustria), Wernicke (Alemanha), entre outros. Para eles, lesões destrutivas produziriam déficits motores e sensoriais (paralisias, anestesias, afasias, etc.), da mesma forma que lesões irritativas ocasionariam fenômenos novos, anômalos, como convulsões, movimentos anormais (em áreas motoras), parestesias e hiperestesias (em áreas sensoriais primárias) e alucinações (em áreas sensoriais secundárias e de associação). As vozes do alucinado, ou seja, as alucinações auditivas verbais, seriam, por exemplo, o produto de hipotéticas descargas irritativas em áreas associativas da linguagem. Essa teoria tem sido criticada por seu aspecto demasiado simplista e mecanicista.

Recentemente, estudos que indicam haver um estado de hipervigilância (*hyperarousal*) em pessoas com quadros psicóticos agudos e alucinações reforçam a idéia de que, nos quadros alucinatórios, uma hiperexcitabilidade geral do sistema nervoso parece ser fator relevante para o surgimento ou o desencadeamento de alucinações (Behrendt; Young, 2004).

Teoria neurobioquímica das alucinações

Diversas substâncias podem produzir alucinações em indivíduos normais. Os agentes químicos que mais freqüente e inequivocadamente ocasionam alucinações estão relacionados a três neurotransmissores: **serotonina**, **dopamina** e **acetilcolina**. Os mais importantes alucinógenos indólicos, agonistas da serotonina, são o LSD, a psilobicina, a harmina (presente na *ayahuasca*), a dimetiltriptamina e a mescalina. As substâncias dopaminérgicas usadas rotineiramente na prática clínica e que produzem alucinações como efeito colateral são a levodopa e a bromocriptina (utiliza-

das na doença de Parkinson). De modo geral, as substâncias com ação anticolinérgica (substâncias atropínicas), quando usadas em doses altas, produzem alucinações. As alucinações induzidas por agentes serotonérgicos e dopaminérgicos geralmente aparecem com preservação do nível de consciência, ocorrendo alucinações claras e bem-formadas. Já as alucinações por anticolinérgicos surgem associadas a quadro de rebaixamento do nível de consciência e confusão mental, sendo mais comumente alucinações pouco precisas e de contornos pouco nítidos (Goetz; Tanner; Klawans, 1982; Cummings, 1985). Em função desses achados, postula-se que a alucinação em indivíduos com transtornos mentais esteja relacionada possivelmente à hiperativação de circuitos serotonérgicos e/ou dopaminérgicos.

Alucinações como fenômeno de deaferentação/liberação neuronal

Freqüentemente, as alucinações musicais e visuais em idosos são fenômenos de liberação neuronal (*releasing hallucination*). Tais alucinações ocorrem com maior freqüência em indivíduos com déficits sensoriais (p. ex., déficit auditivo ou visual) e se atenuam ou desaparecem com estímulos sensoriais externos, como o som do rádio e da televisão ou luzes fortes. Assim, ocorreria um fenômeno de liberação neuronal associado à deaferentação (redução das aferências ao SNC), por privação de estímulos sensoriais. A hipótese seria de que o sistema nervoso, ao ser privado de estímulos externos, produz, ele próprio, o fenômeno sensorial para manter a homeostase, um certo nível de ativação básica (Fénelon et al., 1993).

Os quadros alucinatórios de deaferentação mais típicos são as alucinações musicais e a **síndrome de Charles Bonnet**. Esta última compreende alucinações visuais complexas, reconhecidas pelo paciente como irreais, sem serem acompanhadas de redução do nível de consciência. Tal síndrome ocorre comumente em pessoas com déficit visual marcante ou cegueira, decorrente de doenças oculares, como degeneração macular, hemorragias retinianas ou cataratas. As alucinações costumam ser vívidas, claras e marcantes; o paciente vê cenas, pessoas ou animais, prédios e plantas, podendo as imagens se apresentarem em tamanho muito reduzido (alucinações liliputianas) (Behrendt; Young, 2004).

No Quadro 14.1, são apresentadas, de modo resumido, as diferentes características das alucinações de deaferentação/liberação neuronal, em contraposição às alucinações ictais (da epilepsia) e às alucinações nas psicoses funcionais.

Teoria da desorganização global do funcionamento cerebral

Nesta concepção, que segue a linha de Jackson e Ey, alterações globais e amplas do funcionamento cerebral produziriam a perda das inibições mais desenvolvidas filogeneticamente e complexas funcionalmente, permitindo a eclosão de circuitos em geral inibidos. A perda das inibições superiores favoreceria o surgimento de fenômenos patológicos, como as alucinações, as ilusões e outros automatismos inferiores do SNC. Além disso, haveria, nesse processo global de desorganização do cérebro, crescente indiferenciação entre o mundo e os perceptos internos e externos.

Teoria da alucinação como desordem da linguagem interna (*inner speech*)

Neste modelo, as alucinações auditivas verbais são explicadas como pensamentos verbais do próprio paciente, que falsamente os percebe como sendo de origem externa,

Quadro 14.1

Características das alucinações de deaferentação/liberação neuronal, das alucinações ictais (da epilepsia) e das alucinações das psicoses funcionais (modificado de Cummings, 1985)

Alucinações de deaferentação/ liberação neuronal	Alucinações ictais (por irritação neuronal)	Alucinações nas psicoses
Ocorrem em lesões neuronais que produzam déficit sensorial e deaferentação.	Presentes na epilepsia.	Freqüentes principalmente na esquizofrenia.
Longa duração (minutos a horas).	Breve duração (segundos a minutos).	Longa duração (minutos a horas).
Conteúdo variável (cenas, músicas, etc.).	Conteúdo estereotipado, repetitivo.	Conteúdo geralmente persecutório ou depreciativo.
Estrutura complexa, independente da localização da lesão.	Forma simples e elementar (cores malformadas, ruídos, etc.).	Estrutura complexa: tipicamente vozes que comentam ou comandam a ação.
Déficit no campo sensorial correspondente.	Sem alterações no campo sensorial.	Sem alterações no campo sensorial.
Tipicamente lateralizadas para o lado do déficit sensorial.	Raramente lateralizadas.	Raramente lateralizadas.
Conteúdo geralmente novo ou original.	O conteúdo das alucinações geralmente provém de material mnêmico.	O conteúdo das alucinações provém de estado paranóide geral.
Sem alteração do nível de consciência.	Quase sempre há alteração do nível de consciência.	Sem alteração do nível de consciência.
Paciente geralmente tem crítica em relação à alucinação.	Paciente não se recorda da alucinação, portanto não tem crítica.	Paciente geralmente não tem crítica do significado patológico das alucinações.
Podem ser modificadas/abolidas por estímulos ambientais.	Geralmente não podem ser modificadas por estímulos ambientais.	Geralmente não podem ser modificadas por estímulos ambientais.

como se fossem vozes de terceiros (e não o que seriam de fato, ou seja, vozes internas, pensamentos próprios) (Frith; Done, 1988). O processo patológico básico nas alucinações residiria, então, na incapacidade do paciente de discriminar e monitorar as suas próprias produções mentais, a sua linguagem interna (*inner speech*), em contraposição às percepções vindas do meio externo. Essa postulação, apesar de formalmente baseada na teoria cognitivista, apresenta interessante semelhança com as concepções psicodinâmicas sobre a alucinação.

ESTUDOS RECENTES DE NEUROIMAGEM FUNCIONAL (PET, SPECT E RMN FUNCIONAL) NAS ALUCINAÇÕES

Várias pesquisas têm utilizado métodos de neuroimagem funcional para identificar possíveis mecanismos neuropsicológicos associados às alucinações.

Nos últimos anos, várias pesquisas têm utilizado métodos de neuroimagem funcional para identificar possíveis mecanismos neuropsicológicos associados às alucinações, produzindo resultados realmente interessantes.

De modo geral, tem-se verificado que, no momento em que o paciente experimenta a alucinação audioverbal (quando ouve as vozes), são hiperativadas áreas temporais, parietais e frontais (Friedman; Wiechers, 1996), associadas à produção e à recepção da linguagem (áreas de Wernicke e de Broca). Além desses circuitos neuronais associados à linguagem, também áreas límbicas (hipocampo, giros para-hipocampais e cingulado e regiões orbitofrontais) e subcorticais (tálamo e gânglios basais) parecem estar implicadas nos mecanismos neuronais das alucinações.

É interessante notar que os trabalhos em que aparecem mais ativadas as áreas temporais (de Wernicke) reforçam a noção de que as alucinações seriam vozes externas que o paciente realmente ouve (Silbersweig et al., 1995). Já os trabalhos que mostram ativação de áreas da linguagem associadas à produção verbal (p. ex., área de Broca) (Mcguire et al., 1993) favorecem a hipótese de que as alucinações audioverbais sejam de fato produto da linguagem interna (*inner speech*) do paciente, derivado da linguagem que ele produz ativamente (e não recebe de forma passiva).

Em interessante e recente estudo de Shergill e colaboradores (2004), com ressonância magnética nuclear funcional, solicitou-se aos pacientes apertar um botão com a mão esquerda no exato momento em que começavam a ouvir as vozes. Verificou-se que, poucos segundos antes de começar as alucinações, era ativada a área frontal inferior à esquerda (região de Broca). E quando o paciente começava realmente a ouvir as vozes, a área ativada era a região temporal superior bilateral (incluindo a região de Wernicke). Esse estudo indicou, portanto, que a alucinação audioverbal parece se iniciar com a geração interna de linguagem no lobo frontal, sendo seguida da tomada de consciência de ouvir uma voz, quando há ativação das áreas temporais superiores. Tal trabalho reforça e revela aspectos neurofuncionais da hipótese da alucinação audioverbal como decorrente de falsa apreensão da linguagem interna – *inner speech* (Frith; Done, 1988).

PSICOPATOLOGIA DA IMAGINAÇÃO E DA REPRESENTAÇÃO

A atividade imaginativa pode, de fato, ser muito intensa, tanto em crianças como em alguns adultos com ou sem transtorno mental. Algumas vezes, o indivíduo normal vive tão intensamente a sua atividade imaginativa que chega a ter dificuldade em diferenciá-la da experiência real. Os termos **pseudologia fantástica** e **mitomania** são utilizados para descrever fenômenos desse tipo (serão vistos no capítulo sobre juízo de realidade). Graciliano Ramos, em seu conto *Minsk*, relata de forma expressiva algo que é bastante comum na infância. Ele descreve como a menina Luciana vivia muito mais imersa no seu mundo de fantasias que na realidade:

Algumas vezes, o indivíduo normal vive tão intensamente a sua atividade imaginativa que chega a ter dificuldade em diferenciá-la da experiência real.

> Luciana estava no mundo da lua, monologando, imaginando casos romanescos, viagens para lá da esquina, com figuras misteriosas que às vezes se uniam, outras vezes se multiplicavam...

Certamente, o refúgio na atividade imaginativa sempre serviu ao homem, ajudando-o a livrar-se dos sofrimentos e das limitações do cotidiano.

ALTERAÇÕES DA REPRESENTAÇÃO OU DAS IMAGENS REPRESENTATIVAS

A **pseudo-alucinação** é um fenômeno que, embora se pareça com a alucinação, dela se afasta por não apresentar os aspectos vivos e corpóreos de uma imagem perceptiva real. Apresenta mais as características de uma **imagem representativa**. Assim, na pseudo-alucinação, a voz (ou imagem visual) percebida é pouco nítida, de contornos imprecisos, sem vida e corporeidade. A vivência é projetada no espaço interno, são "vozes que vêm de dentro da cabeça, do interior do corpo". O paciente relata que "parece uma voz (ou imagem)..." ou que "...é como se fosse uma voz (ou imagem), mas não é bem uma voz".

Em certos casos, a chamada pseudo-alucinação surge de um pensamento ou uma representação que, de tão intenso, ganha, por assim dizer, sensorialidade. O pensamento é tão forte para o paciente que "...é como se fosse uma voz interna falando comigo". Embora a pseudo-alucinação possa ocorrer nas psicoses funcionais e orgânicas, ela é mais inespecífica. Pode se manifestar também em estados afetivos intensos, na fadiga, em quadros de rebaixamento do nível de consciência e em intoxicações.

Um fenômeno semelhante à pseudo-alucinação é a **imagem pós-óptica**. É o caso, por exemplo, do indivíduo que permaneceu muito tempo estudando histologia, observando atentamente por muitas horas no microscópio determinadas imagens de tecidos e, à noite, no momento em que vai dormir, nota a persistência de tais imagens. Obviamente, isso não é um fenômeno patológico.

Um tipo de vivência passível de ser confundido com as pseudo-alucinações é a chamada **alucinação psíquica**. Paim (1986) as descreve como "imagens alucinatórias sem um verdadeiro caráter sensorial". Assim, os pacientes relatam a experiência de ouvirem palavras sem som, vozes sem ruído, vivenciarem uma comunicação direta de pensamento a pensamento, por meio de palavras secretas e interiores que não soam. Tais experiências não deveriam receber a denominação de alucinação, já que lhes falta o caráter de sensorialidade, básico na experiência alucinatória. São experiências mais relacionadas à esfera do pensamento e da intuição.

O termo **alucinação negativa** para designar a ausência de visão de objetos reais, presentes no campo visual do paciente, também gera controvérsias. Tal ausência ou falha perceptiva é geralmente determinada por fatores psicogênicos em pacientes histéricos ou muito sugestionáveis. O indivíduo, por exemplo, sentindo-se ameaçado, muito embaraçado ou humilhado pela presença de certa pessoa em seu ambiente, simplesmente, por meio de um processo inconsciente, escotomiza, abole tal imagem de seu campo perceptivo. Ubinha (1974) considera inadequado o termo alucinação para tal fenômeno, preferindo denominá-lo "cegueira histérica" ou "escotomização parcial".

Os aspectos semiológicos da sensopercepção e, em particular, a questão das alucinações são complexos e intrigantes. Para um estudo mais aprofundado, são sugeridas as revisões de Paim (1972), Ey (1973), Johnson (1978), Lanteri-Laura (1994), Behrendt e Young (2004) e de Collerton, Perry e McKeith (2005).

Quadro 14.2
Semiotécnica da sensopercepção

Alucinações auditivas: Tem observado coisas que não consegue explicar? Tem ouvido vozes de pessoas estranhas ou desconhecidas? Ouve vozes sem saber de onde vêm? São ruídos, murmúrios ou vozes bem claras? Entende o que dizem as vozes? Elas vêm de perto ou de longe? O volume é alto ou baixo? São pessoas conhecidas ou desconhecidas? São vozes de homens, de mulheres ou de crianças? As vozes vêm de dentro da cabeça ou de fora do corpo? Por qual dos dois ouvidos ouve as vozes? Vê ou sente as pessoas que lhe falam? Desagradam-lhe as vozes que ouve? Fica irritado? Tem medo? Por quê? Que lhe dizem as vozes? Xingam, insultam ou ameaçam? As vozes falam com você? Comentam algo sobre você? As vozes ordenam ou proíbem alguma coisa? As vozes são o seu próprio pensamento em voz alta? São repetições de seus pensamentos? São palavras isoladas, frases ou parágrafos? Por favor, repita textualmente o que dizem as vozes. As vozes são reais ou produtos de um transtorno ou doença? Acredita que eu também possa ouvi-las? Ouviu as vozes durante a entrevista?.

Alucinações visuais: Tem visto algo estranho, que lhe chamou a atenção? Talvez tenha percebido visões, animais, homens, figuras, sombras, fogo, fantasmas, demônios, ou coisas do tipo? Essas visões se mexiam ou eram fixas? Assustou-se com tais visões? As visões se aproximam ou se afastam de você? São escuras ou claras? São coloridas? De que cor? Tem as visões apenas de noite ou também de dia? Apenas quando está acordando ou adormecendo ou a qualquer hora? O que vê? Descreva para mim. De onde vêm essas visões?.

Alucinações olfativas e gustativas: Tem notado sabor ou cheiro ruim na comida? Alguém tem querido lhe envenenar? Os cheiros eram agradáveis ou desagradáveis? De onde você acredita que vêm esses cheiros ou o gosto ruim? O cheiro passou rápido ou durou muito tempo?.

Alucinações táteis e cenestésicas: Sente algo estranho em seu corpo? Incomodam-lhe correntes elétricas ou influências estranhas? Sente como se lhe tocassem o corpo, beliscassem, batessem ou beijassem? Essas sensações são agradáveis ou desagradáveis? Tem a sensação de que tocam nos seus genitais? Sente algo estranho dentro de seu corpo? Sente como se houvesse um animal ou inseto dentro de seu corpo?.

Alucinações cinestésicas: Tem feito movimentos contra sua vontade? Partes de seu corpo têm mudado de posição sem o seu controle? Sente como se levantassem seu corpo no ar? Sente como se o chão oscilasse? Sente como se levasse um empurrão?.

Questões de revisão

- Estabeleça a diferença entre sensação, percepção e apercepção.
- O que e quais são as alterações quantitativas da sensopercepção?
- O que e quais são as alterações qualitativas da sensopercepção?
- O que é alucinação? Quais são os tipos mais importantes de alucinação?
- Descreva e estabeleça a diferença entre as teorias que tentam explicar as possíveis causas e a etiologia das alucinações.
- Qual a contribuição dos estudos recentes de neuroimagem funcional para os quadros de alucinação?
- Caracterize as alterações da representação ou das imagens representativas.

15

A memória e suas alterações

DEFINIÇÕES BÁSICAS

A memória é a capacidade de registrar, manter e evocar as experiências e os fatos já ocorridos.

A memória é a capacidade de registrar, manter e evocar as experiências e os fatos já ocorridos. A capacidade de memorizar relaciona-se intimamente com o nível de consciência, com a atenção e com o interesse afetivo. Tudo o que uma pessoa aprende em sua vida depende intimamente da capacidade de memorização.

Além disso, todos os processos relacionados com a memória são altamente contextualizados. De modo geral, recordamos e aprendemos elementos provenientes de experiências vivenciadas em bloco, nas quais diversas modalidades sensoriais interagem, em contexto emocional determinado e com significações pessoais e sociais específicas.

Alguns dos principais pesquisadores atuais em neurociências e comportamento atribuem papel central da memória na própria definição e na constituição do ser humano. Para Izquierdo (2002), "somos aquilo que recordamos (ou que, de um modo ou de outro, resolvemos esquecer)". Perder a memória, segundo Squire e Kandel (2003), "leva à perda de si mesmo, à perda da história de uma vida e das interações duradouras com outros seres humanos".

No campo de estudo da memória biológica e humana, podem-se distinguir, de modo genérico, os seguintes tipos de memória:

1. **Memória cognitiva (psicológica)**. É uma atividade altamente diferenciada do sistema nervoso, que permite ao indivíduo registrar, conservar e evocar, a qualquer momento, os dados aprendidos da experiência.
2. **Memória genética (genótipo).** Conteúdos de informações biológicas adquiridos ao longo da história filogenética da espécie, contidas no material genético (DNA, RNA, cromossomos, mitocôndrias) dos seres vivos.
3. **Memória imunológica**. Informações registradas e potencialmente recuperáveis pelo sistema imunológico de um ser vivo.
4. **Memória coletiva ou cultural**. Conhecimentos e práticas culturais (costumes, valores, habilidades artísticas e estéticas, preconceitos, ideologias, estilo de vida, etc.) produzidos, acumulados e

mantidos por um grupo social minimamente estável.

Neste capítulo, é estudada principalmente a memória cognitiva ou psicológica. A memória cognitiva é composta de três fases ou elementos básicos:

– Fase de **registro** (percepção, gerenciamento e início da fixação)
– Fase de **conservação** (retenção)
– Fase de **evocação** (também denominada de lembranças, recordações ou recuperação)

SUBSTRATO NEUROBIOLÓGICO DA MEMÓRIA

O campo de estudos da memória é um dos mais ricos em termos de pesquisas e inovações recentes. Os livros de Izquierdo (2002) e Squire e Kandel (2003) trazem excelentes apresentações sobre essa verdadeira revolução neuropsicológica. Parece haver bastante concordância entre os pesquisadores de que, para a engramação mnéstica, ou seja, para a formação das unidades de memória, as estruturas límbicas temporomediais (principalmente relacionadas ao hipocampo, à amígdala e ao córtex entorrinal) são fundamentais (Gordon, 1997; Izquierdo, 2002). Elas atuam em especial na consolidação dos registros e na transferência das unidades de memória de curto e médio prazos (intermediária) para a memória de longo prazo (estocagem da memória remota).

O substrato neural da memória de longo prazo (registros antigos bem-consolidados) repousa basicamente no córtex cerebral, ou seja, nas áreas de associação neocorticais, principalmente frontais e temporoparietoccipitais. Há certas evidências de que mecanismos bioquímicos estariam envolvidos nas memorizações rápida e de curto prazo, enquanto mecanismos propriamente neurais do tipo brotamento *(sprouting)* e remodelagens neuronais estariam envolvidos nas memorizações lenta e de longo prazo (Gordon, 1997).

A interrupção bilateral do circuito hipocampo-mamilo-tálamo-cíngulo pode determinar a incapacidade de fixação de novos elementos mnêmicos, produzindo, assim, a síndrome amnéstica, de maior ou menor intensidade.

FATORES PSICOLÓGICOS DO PROCESSO DE MEMORIZAÇÃO

Do ponto de vista psicológico, o processo de **fixação** (engramação) depende de:

– Nível de consciência e estado geral do organismo (o indivíduo deve estar desperto, não muito cansado, bem-nutrido, calmo, etc.)
– Atenção global e capacidade de manutenção de atenção concentrada sobre o conteúdo a ser fixado (capacidade do indivíduo concentrar-se)
– Sensopercepção preservada
– Interesse e colorido emocional relacionado ao conteúdo mnêmico a ser fixado, assim como do empenho do indivíduo em aprender (vontade e afetividade)
– Conhecimento anterior (elementos já conhecidos ajudam a adquirir elementos novos)
– Capacidade de compreensão do conteúdo a ser fixado
– Organização temporal das repetições (distribuição harmônica e ritmada no tempo auxilia na fixação de novos elementos)
– Canais sensoperceptivos envolvidos na percepção, já que, quanto

maior o número de canais sensoriais, mais eficaz a fixação (p. ex., o método audiovisual de ensino de línguas).

A **conservação (retenção)** dos elementos mnêmicos depende de:

- Repetição (pois, de modo geral, quanto mais se repete um conteúdo, mais facilmente este se conserva)
- Associação com outros elementos (cadeia de elementos mnêmicos)

A evocação é a capacidade de recuperar e atualizar os dados fixados. Esquecimento, por sua vez, é a denominação que se dá à impossibilidade de evocar e recordar.

A evocação é a capacidade de recuperar e atualizar os dados fixados. Esquecimento, por sua vez, é a denominação que se dá à impossibilidade de evocar e recordar. O reconhecimento é a capacidade de identificar o conteúdo mnêmico como lembrança e diferenciá-la da imaginação e de representações atuais.

Em relação ao processo temporal de aquisição e evocação de elementos mnêmicos, a neuropsicologia moderna divide a memória em quatro fases ou tipos (Izquierdo, 2002):

1. **Memória imediata ou de curtíssimo prazo (de poucos segundos até 1 a 3 minutos).** Este tipo de memória confunde-se com a atenção e com a memória de trabalho (que será vista adiante), pois é a capacidade de reter o material (palavras, números, imagens, etc.) imediatamente após ser percebido. A memória imediata tem capacidade limitada e depende da concentração, da fatigabilidade e de certo treino. As memórias imediata e de trabalho dependem sobretudo da integridade das áreas pré-frontais.
2. **Memória recente ou de curto prazo (de poucos minutos até 3 a 6 horas).** Refere-se à capacidade de reter a informação por curto período. Também é um tipo de memória de capacidade limitada. A memória recente depende de estruturas cerebrais das partes mediais dos lobos temporais, como a região CA1 do hipocampo, do córtex entorrinal, assim como do córtex parietal posterior (Izquierdo, 2002).
3. **Memória remota ou de longo prazo (de meses até muitos anos).** É a capacidade de evocação de informações e acontecimentos ocorridos no passado, geralmente após muito tempo do evento (pode durar por toda a vida). É um tipo de memória de capacidade bem mais ampla que a imediata e a recente. Acredita-se que a memória remota relaciona-se tanto ao hipocampo (no processo de transferência de memórias recentes para remotas) como a amplas e difusas áreas corticais, principalmente frontais, incluindo todos os outros lobos cerebrais, sobretudo em suas áreas corticais de associação (Kroll et al., 1997).

O termo *priming* diz respeito a um fenômeno normal e importante do processo de recordação ou evocação.

O termo ***priming*** diz respeito a um fenômeno normal e importante do processo de recordação ou evocação. Fragmentos de um conteúdo mnêmico amplo são evocados e, a partir deles, todo o resto é gradativa-

mente recuperado. Assim, um músico toca ou ouve os primeiros dois ou três acordes de uma canção aparentemente esquecida, e, de forma gradativa, a canção toda (e sua seqüência de acordes e melodias) começa a surgir para o sujeito. O *priming* pode ser traduzido como **dicas evocadoras** de lembranças mais amplas. Ele sugere que a lembrança de alguns fragmentos da memória e conjuntos mnêmicos maiores seriam armazenados de forma parcialmente independente. O *priming* é um fenômeno predominantemente neocortical, participando dele as áreas pré-frontais e corticais associativas temporoparietoccipitais (Izquierdo, 2002).

O **esquecimento** (o oposto da evocação) se dá por três vias:

1. Esquecimento **normal**, fisiológico: por desinteresse do indivíduo ou por desuso.
2. Esquecimento por **repressão** (Freud [1915], 1974): quando se trata de conteúdo desagradável ou pouco importante para o indivíduo, podendo, no entanto, o sujeito, por esforço próprio, voltar a recordar certos conteúdos reprimidos (que ficam estocados no pré-consciente).
3. Esquecimento por **recalque** (Freud [1915], 1974): certos conteúdos mnêmicos, devido ao fato de serem emocionalmente insuportáveis, são banidos da consciência, podendo ser recuperados apenas em circunstâncias especiais (ficam estocados no inconsciente).

Apesar de ter sido formulada há mais de 120 anos, a "Lei da regressão mnêmica", de Théodule Ribot (1881), continua válida. Segundo a **lei de Ribot**, o indivíduo que sofre uma lesão ou doença cerebral, sempre que esse processo patológico atinge seus mecanismos mnêmicos de registro e recordação, tende a perder os conteúdos da memória (esquecimento) seguindo algumas regularidades:

1. O sujeito perde as lembranças e seus conteúdos na ordem e no sentido inverso que os adquiriu.
2. Conseqüência do item anterior, ele perde primeiro elementos recentemente adquiridos e, depois, os elementos mais antigos.
3. Perde primeiro elementos mais complexos e, depois, os mais simples.
4. Perde primeiro os elementos mais estranhos, menos habituais e, só posteriormente, os mais familiares.
5. Primeiramente, perde os conteúdos mais neutros; depois, perde os elementos afetivos e, apenas no fim, os hábitos e os comportamentos costumeiros mais profundamente enraizados no repertório comportamental e mental.

TIPOS ESPECÍFICOS DE MEMÓRIA

Com o avançar das neurociências, atualmente não se pode de mais falar em memória, mas sim em memórias ou tipos específicos de memória. Distinguem-se os tipos de memória de acordo com o caráter consciente ou não-consciente do processamento do conteúdo mnêmico e, principalmente, segundo as áreas e estruturas cerebrais envolvidas (Kandel; Schwartz; Jessel, 1995; Miotto et al., 1996; Dalla Barba, 1998; Izquierdo, 2002; Budson; Price, 2005).

> Com o avançar das neurociências, atualmente não se pode mais falar em memória, mas sim em memórias ou tipos específicos de memória.

Tipos dependentes do caráter consciente ou não-consciente do processo mnêmico (memória explícita *versus* implícita e memória declarativa *versus* não-declarativa)

Segundo o caráter consciente ou não-consciente do processo mnêmico, têm-se as memórias explícita e implícita. A **memória explícita** é adquirida de forma plenamente consciente, sendo também a mais relevante do ponto de vista clínico (aqui estão incluídas as lembranças de fatos autobiográficos). A memória **implícita** é adquirida de forma mais ou menos automática, o indivíduo não se dá conta de que está aprendendo esta ou aquela habilidade (aqui estão incluídos os aprendizados de habilidades motoras, p. ex., andar de bicicleta, e aquisições lingüísticas, como aprender a língua materna).

Muito próximo a essa separação entre explícita e implícita, faz-se também a divisão da memória em declarativa e não-declarativa. **Memória declarativa** diz respeito a fatos, eventos e conhecimentos que são memorizados, sendo possível, inclusive, declarar verbalmente de que forma foram memorizados. A memória declarativa é sempre explícita (plenamente consciente) e diz respeito, com mais freqüência, a eventos autobiográficos e conhecimentos gerais. A **memória não-declarativa** refere-se a hábitos e capacidades, em geral motores, sensoriais, sensório-motores ou eventualmente lingüísticos (como nadar, andar de bicicleta, tocar violão, soletrar), sobre os quais é difícil declarar como são lembrados; deve-se agir, nadar um pouco, pegar o violão e tocar uma música para demonstrar (inclusive para si mesmo) que tais coisas são lembradas.

Quase sempre a memória explícita é também declarativa, e a implícita, não-declarativa.

Tipos de memória classificados segundo a estrutura cerebral envolvida

São quatro os principais tipos de memória que correspondem a estruturas cerebrais diversas. Esses tipos são, atualmente, as principais formas de memória de interesse à semiologia neurológica, psiquiátrica e neuropsicológica (Izquierdo, 2002; Budson; Price, 2005). São eles:

1. Memória de trabalho
2. Memória episódica
3. Memória semântica
4. Memória de procedimentos

Memória de trabalho

A memória de trabalho (*working memory*) é, na verdade, a combinação de habilidades de atenção (capacidade de prestar atenção e de concentração) e da memória imediata. São exemplos de memória de trabalho o ouvir um número telefônico, retê-lo na mente, para, em seguida, discar, assim como, quando ao dirigir em uma cidade desconhecida, perguntar sobre um endereço, receber a informação e a sugestão do trajeto e, mentalmente, executar o itinerário de forma progressiva. A memória de trabalho é, de modo geral, explícita e declarativa.

Assim, esse tipo de memória diz respeito a um amplo conjunto de habilidades que permite manter e manipular informações novas (acessando-as em face às antigas). Tais informações (verbais ou visuoespaciais) são mantidas ativas (*on-line*), geralmente por curto período (poucos segundos até, no máximo, 1 a 3 minutos), a fim de serem manipuladas, com o objetivo de selecionar um plano de ação e realizar determinada tarefa. O conteúdo mnêmico

deve ser utilizado imediatamente sob alguma forma de resposta.

A memória de trabalho também é vista como um *gerenciador* da memória. Seu papel não é tanto formar arquivos, mas, antes, o de analisar e selecionar as informações que chegam constantemente e compará-las com as existentes nas demais memórias, de curta ou de longa duração. Esse processo requer mecanismos neurais adequados à seleção de informações pertinentes, mantendo-as *on-line* por breve período, até que a decisão e a resposta adequada sejam tomadas.

As **regiões corticais pré-frontais** são importantes para a integridade da memória de trabalho. Nas tarefas verbais, há maior envolvimento das áreas pré-frontais esquerdas, assim como das áreas de Broca (frontal esquerda inferior) e de Wernicke (temporal esquerda superior). Nas tarefas visuoespaciais (seguir mapas mentalmente, sair de labirintos gráficos e montar quebra-cabeças), há maior implicação das áreas pré-frontais direitas, assim como de zonas visuais de associação do *carrefour* temporoparietoccipital direito.

Investigação semiológica da memória de trabalho

Observa-se cuidadosamente o grau de habilidade do paciente em prestar atenção e se concentrar. Particularmente importante é a dificuldade em realizar novas tarefas que incluam a execução de várias etapas distintas em uma seqüência após instrução. Um teste simples é aquele incluído no minimental, quando solicita-se ao paciente que realize a tarefa: "Veja esta folha de papel em minha mão, quero que pegue este papel com sua mão direita, que o dobre no meio e, depois, o coloque no chão". Também são formas de testar a memória de trabalho solicitar que uma pessoa repita números em seqüências direta (a pessoa sem alterações repete de 5 a 8 dígitos; quatro dígitos é resultado limítrofe; e três ou menos dígitos, resultado alterado) e inversa (normal de 4 a 5 dígitos; três, resultado limítrofe; e dois ou menos dígitos, alterado). Pode-se igualmente testar a memória de trabalho de natureza visuoespacial, utilizando-se labirintos gráficos e quebra-cabeças (Lezak; Howieson; Loring, 2004).

Valor diagnóstico das alterações da memória de trabalho

De modo geral, todas as condições que afetam as regiões pré-frontais causam alteração da memória de trabalho. As alterações da memória de trabalho ocorrem em distintas condições clínicas; em ordem de freqüência: nas demências vasculares e na subforma ou variante frontal da demência frontotemporal. Podem ocorrer também na demência de Alzheimer, na DCL, na esclerose múltipla e no traumatismo craniano. Nos quadros psiquiátricos primários, como esquizofrenia, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno obsessivo-compulsivo, também se verificam alterações da memória de trabalho. No envelhecimento normal, é possível notar dificuldades leves (até, eventualmente, moderadas) na memória de trabalho.

Memória episódica

Esta é possivelmente a forma mais relevante de memória para a clínica neurológica, psiquiátrica e neuropsicológica. Trata-se de uma forma de memória explícita e declarativa relacionada a eventos específicos da experiência pessoal do indivíduo, ocorridos em determinado contexto. Relatar o

que foi feito na noite anterior é um típico exemplo de memória episódica. Esta corresponde a eventos concretos, comumente autobiográficos, bem-circunscritos em determinado momento e local. Refere-se, assim, à recordação consciente de fatos reais. A perda da memória episódica em geral se evidencia para eventos autobiográficos recentes, mas, com o evoluir da doença, pode incluir elementos mais antigos. Nesse sentido, a perda de memória episódica obedece à lei de Ribot (perdem-se primeiro os elementos recentemente adquiridos e, depois, os mais antigos).

Esse tipo de memória depende, em essência, de mecanismos relacionados às **regiões da face medial dos lobos temporais**, particularmente o **hipocampo** e os **córtices entorrinal e perirrinal**. Quando tais áreas são lesadas ou se deterioram (como na síndrome de Wernicke-Korsakoff ou com o avançar da demência de Alzheimer), o paciente perde totalmente a capacidade de fixar e lembrar eventos ocorridos há poucos minutos, incluindo situações marcantes e significativas para ele. Respeitando a lei de Ribot, a memória remota de eventos antigos permanece por muito tempo sem alterações. O hipocampo parece ser, de fato, um depósito transitório de memórias, uma estação de transferência de elementos recentemente registrados para um arquivo mais permanente de lembranças, arquivo este localizado presumivelmente de modo difuso em amplas áreas do córtex dos distintos lobos cerebrais.

Investigação semiológica da memória episódica

Suspeita-se de alteração da memória episódica quando se nota que o sujeito vai se tornando incapaz de reter e lembrar informações e experiências recentes de maneira correta e acurada. Um modo de testar a memória episódica é contar uma pequena história para o paciente e, alguns minutos após, pedir que ele a reconte.

Deve-se entrevistar o paciente investigando a evolução temporal das falhas de memória. Nesse sentido, o relato dos parentes próximos e cuidadores é essencial, pois o paciente geralmente não tem crítica acurada de seu estado cognitivo e não se recorda de suas perdas. Um modo prático de inquirir aos parentes e cuidadores é perguntar se, em comparação há 5 ou 10 anos, o paciente tem dificuldade em se lembrar de coisas que aconteceram recentemente ou se tem dificuldade em se lembrar onde os objetos de sua casa ou local de trabalho costumam ser guardados.

É necessário, para avaliar o significado da alteração de memória episódica (p. ex., associá-la ou não à demência), que sejam investigadas outras áreas cognitivas, além da memória (como linguagem, atenção, habilidades visuoespaciais e executivas). Finalmente, é importante que sinais neurológicos focais e alterações de possíveis doenças físicas sistêmicas sejam pesquisados.

Valor diagnóstico das alterações da memória episódica

As perdas da memória episódica ocorrem principalmente nas demências degenerativas, como a demência de Alzheimer, a DCL e a demência frontotemporal. Nesses casos, os déficits de memória instalam-se de forma lenta e progressiva. Também se perde a memória episódica nas demências vasculares e em algumas formas de esclerose múltipla, mas, nessas condições, a perda geralmente se dá em forma de degraus (perdas mais ou menos abruptas seguidas de períodos de estagnação que, posteriormente, são seguidos por novas perdas abruptas).

Memória semântica

Esse tipo de memória se refere a aprendizado, conservação e utilização de algo que pode ser designado como o arquivo geral de conceitos e conhecimentos factuais do indivíduo. Assim, conhecimentos como a cor de um leão (*marrom*) ou de um papagaio (*verde*), ou quem foi o maior jogador de futebol do Brasil (*Pelé*) são de caráter geral e se cristalizam por meio da linguagem, ou seja, também são de caráter semântico. Assim como a memória episódica, a memória semântica é sempre explícita e declarativa.

A memória semântica diz respeito ao **registro** e à **retenção de conteúdos em função do significado que têm**. Ela é um componente da memória de longo prazo que inclui os conhecimentos de objetos, fatos, operações matemáticas, assim como das palavras e seu uso. A memória semântica é, de modo geral, compartilhada socialmente, reaprendida de forma constante, não sendo temporalmente específica (Dalla Barba et al., 1998).

A contraposição desses dois tipos de memória (episódica e semântica) exemplifica-se da seguinte forma: lembrar como foi um almoço com os avós, em Belo Horizonte, durante as férias do mês passado, depende do sistema de memória episódica. Já o conhecimento do significado das palavras "almoço", "Belo Horizonte", "férias", "avós", etc., depende da memória semântica. Esses dois tipos de memória parecem ter certa independência. A memória semântica previamente adquirida é muitas vezes preservada em pacientes que apresentam graves alterações no sistema de memória episódica. Indivíduos com síndrome de Wernicke-Korsakoff têm, por exemplo, grave déficit de memória episódica, mas podem ter a memória semântica bem-preservada.

A memória semântica, em acepção restrita, corresponde às capacidades de nomeação e categorização. Depende de forma estreita das **regiões inferiores e laterais dos lobos temporais**, sobretudo no hemisfério esquerdo (diferentemente da memória episódica que depende das regiões mediais desses lobos).

Investigação semiológica da memória semântica

Pesquisam-se alterações da memória semântica verificando-se a dificuldade do paciente em tarefas como nomear itens cujos nomes previamente sabia (mostrar um relógio, uma caneta e uma régua e pedir que o paciente os nomeie). Deve-se diferenciar as dificuldades leves e benignas, como lembrar o nome de pessoas ou outros nomes próprios (muito comum em adultos de meia-idade e idosos), da verdadeira perda da capacidade de lidar com informação semântica. Pacientes com disfunções leves na memória semântica têm capacidade reduzida em testes de geração de palavras (p. ex., solicitar ao paciente que nomeie o maior número possível de animais em um minuto). Pacientes com alterações mais avançadas na memória semântica tipicamente revelam déficits de duas vias na nomeação, isto é, são incapazes de dizer o nome de um item quando este lhes é descrito; e de descrever um item cujo nome lhes é apresentado. Os pacientes com déficits de memória semântica mais avançada também apresentam empobrecimento marcante de conhecimentos gerais (não são capazes de citar alguns times de futebol, dizer quem é o presidente da república atual, a cor do papagaio, etc.).

Valor diagnóstico das alterações da memória semântica

A demência de Alzheimer é a condição clínica que mais freqüentemente altera a memória semântica (devido à deterioração das

regiões ínfero-laterais dos lobos temporais ou de patologia no córtex frontal). Qualquer processo patológico que atinja áreas temporais ínfero-laterais (traumatismo craniano, acidentes vasculares, encefalites ou lesões cirúrgicas) pode produzir alteração da memória semântica. A subforma ou variante de lobo temporal da demência frontotemporal altera gravemente a memória semântica, produzindo dificuldades significativas nas tarefas de nomeação, compreensão de palavras isoladas, além de empobrecimento dos conhecimentos gerais (condição descrita como demência semântica).

Memória de procedimentos

Trata-se de um tipo de memória automática, geralmente não-consciente. Exemplos desse tipo de memória são habilidades motoras e perceptuais mais ou menos complexas (andar de bicicleta, digitar no computador, tocar um instrumento musical, bordar, etc.), habilidades visuoespaciais (como a capacidade de aprender soluções de labirintos e quebra-cabeças) e habilidades automáticas relacionadas ao aprendizado de línguas (regras gramaticais incorporadas na fala automaticamente, decorar a conjugação de verbos de uma língua estrangeira, etc.).

A memória de procedimentos, de modo geral, é implícita e não-declarativa, mas, durante a aquisição da habilidade, pode ser explícita (como quando se aprende a dirigir um carro seguindo orientações verbais) ou implícita (como quando se aprende sem dificuldades a seqüência de números em um teclado telefônico, sem que se perceba o que está fazendo). A memória de procedimentos é, portanto, quase sempre implícita, pois manifesta-se tipicamente por ações motoras e desempenho de atividades e não pode ser expressa por palavras (tornando-se consciente apenas com esforço).

Aqui a memorização ocorre de forma lenta, por meio de repetições e múltiplas tentativas. A localização da memória de procedimentos está relacionada com o sistema motor e/ou sensorial específico envolvido na tarefa. As principais áreas envolvidas são a **área motora suplementar (lobos frontais)**, os **gânglios da base** e o **cerebelo.**

Investigação semiológica da memória de procedimentos

Suspeita-se da presença de alterações da memória de procedimentos quando o paciente apresenta ou perda de habilidades motoras ou visuoespaciais previamente aprendidas ou grande dificuldade em aprender novas habilidades. Por exemplo, o paciente pode perder a habilidade de escrever à mão ou de digitar um teclado, de tocar um instrumento musical, de pregar um botão ou de chutar uma bola. Eventualmente, pode reaprender essas habilidades, mas, para isso, necessita de ordens explícitas (verbais, conscientes) para realizar cada etapa da habilidade. Em conseqüência, um paciente com lesão no sistema de memória de procedimentos pode nunca mais readquirir as habilidades motoras automáticas e sem esforço que pessoas saudáveis realizam como que sem perceber. Por fim, pacientes cuja memória episódica foi praticamente devastada (quadros graves de demência de Alzheimer ou síndrome de Wernicke-Korsakoff após encefalite) podem ter ganhos relativos em um processo de reabilitação que lance mão do sistema de memória de procedimentos preservada e, assim, aprender novas habilidades.

Valor diagnóstico das alterações da memória de procedimentos

De modo geral, esse tipo de memória não fica gravemente prejudicado na demência

de Alzheimer, apresentando-se mais deteriorado (sobretudo como perda da capacidade de aprendizado motor) em outras doenças degenerativas que envolvem habilidades psicomotoras. A doença de Parkinson (assim como a síndrome de Parkinson por causas vasculares, tumorais, etc.) é a condição mais freqüente em que se observa perda da memória de procedimentos. Outras doenças que comprometem a memória de procedimentos são: coréia de Huntington, paralisia supranuclear progressiva e degeneração olivopontocerebelar. Também os tumores, os acidentes vasculares, as hemorragias e outras lesões nos núcleos da base ou no cerebelo podem prejudicar a memória de procedimentos. Pacientes nas fases iniciais da doença de Parkinson e da coréia de Huntington (assim como na degeneração olivopontocerebelar e paralisia supranuclear progressiva) apresentam desempenho quase normal em testes de memória episódica, mas revelam acentuada incapacidade para aprender novas habilidades motoras, visuoespaciais e lingüísticas.

ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS DA MEMÓRIA

Alterações quantitativas

Hipermnésias

As representações (elementos mnêmicos) afluem rapidamente, em tropel, ganhando em número, perdendo, porém, em clareza e precisão (Nobre de Melo, 1979). A hipermnésia traduz mais a aceleração geral do ritmo psíquico que uma alteração propriamente da memória.

Amnésias (ou hipomnésias)

Denomina-se amnésia, de forma genérica, a perda da memória, seja a da capacidade de fixar ou a da capacidade de

Denomina-se amnésia, de forma genérica, a perda da memória, seja a da capacidade de fixar ou a da capacidade de manter e evocar antigos conteúdos mnêmicos.

Quadro 15.2

Resumo dos tipos de memória (modificado a partir de Oliveira e Amaral, 1997)

Modos de classificar a memória	Tipos de memória
Segundo a dimensão humana envolvida	Memória genética, memória imunológica, memória neuropsicológica, memória cultural
Segundo o tempo e a duração do processo mnêmico	Memória imediata, recente, remota, de fixação e de evocação
Segundo a natureza dos estímulos envolvidos	Memória auditiva (ecóica), visual (icônica), olfativa, gustativa, tátil, somatossensorial
Segundo o tipo de função	Memória verbal, espacial, aritmética, musical, etc.
Segundo a modalidade cognitiva e o sistema cerebral envolvido	Memória implícita (não-declarativa) e explícita (declarativa), memória de trabalho, episódica, semântica e de procedimentos

manter e evocar antigos conteúdos mnêmicos. Diferenciam-se os seguintes tipos de amnésias:

1. **Amnésia psicogênica.** Na amnésia psicogênica, há perda de elementos mnêmicos focais, os quais têm valor psicológico específico (simbólico, afetivo). O indivíduo esquece, por exemplo, um evento de sua vida (que teve um significado especial para ele), mas consegue lembrar de tudo que ocorreu ao seu "redor". Tal amnésia pode ser superada por um estado hipnótico (na hipnose, o indivíduo consegue lembrar do que, em estado de consciência, não recorda).
2. **Amnésia orgânica**. Trata-se de amnésia menos seletiva (em relação ao conteúdo do material esquecido) que a psicogênica. Em geral, perde-se primeiramente a capacidade de fixação (memórias imediatas e recentes); em estados avançados da doença, o indivíduo começa a perder conteúdos antigos. A amnésia orgânica segue, de modo geral, a lei de Ribot.

Amnésia anterógrada e retrógrada

Na **amnésia anterógrada**, o indivíduo não consegue mais fixar elementos mnêmicos a partir do evento que lhe causou o dano cerebral. Por exemplo, o indivíduo não lembra do que ocorreu nas semanas (ou meses) depois de um trauma cranioencefálico. A amnésia anterógrada é um distúrbio-chave e bastante freqüente na maior parte dos distúrbios neurocognitivos. Já na **amnésia retrógrada**, o indivíduo perde a memória para fatos ocorridos antes do início da doença (ou trauma). Sua ocorrência sem amnésia anterógrada pode ser observada em quadros dissociativos (psicogênicos), como a amnésia dissociativa e a fuga dissociativa (Othmer; Othmer, 1994).

De modo geral, é comum, após trauma cranioencefálico, a ocorrência de **amnésias retroanterógradas**, ou seja, déficits de fixação para o que ocorreu dias, semanas ou meses antes e depois do evento patógeno.

Alterações qualitativas da memória (paramnésias)

As alterações qualitativas da memória envolvem sobretudo a deformação do processo de evocação de conteúdos mnêmicos previamente fixados. O indivíduo apresenta lembrança deformada que não corresponde à sensopercepção original. Os principais tipos de paramnésias são:

> As alterações qualitativas da memória envolvem sobretudo a deformação do processo de evocação de conteúdos mnêmicos previamente fixados.

1. **Ilusões mnêmicas**. Neste caso, há o acréscimo de elementos falsos a um núcleo verdadeiro de memória. Por isso, a lembrança adquire caráter fictício. Muitos pacientes informam sobre o seu passado indicando claramente deformação de lembranças reais: "Tive uma centena de filhos com minha mulher" (teve de fato alguns filhos com a mulher, mas não uma centena). Ocorre na esquizofrenia, na paranóia, na histeria grave, nos transtornos da personalidade (*borderline*, histriônica, esquizotípica, etc).

2. **Alucinações mnêmicas**. São verdadeiras criações imaginativas com a aparência de lembranças ou reminiscências que não correspondem a qualquer elemento mnêmico, a qualquer lembrança verdadeira. Podem surgir de modo repentino, sem corresponder a qualquer acontecimento. Ocorrem principalmente na esquizofrenia e em outras psicoses funcionais.

As ilusões e as alucinações mnêmicas constituem, muitas vezes, o material básico para a formação e a elaboração de delírios (delírio imaginativo ou mnêmico).

Fabulações (ou confabulações)

Neste caso, elementos da imaginação do doente ou mesmo lembranças isoladas completam artificialmente as lacunas de memória, produzidas, em geral, por déficit da memória de fixação. Além do déficit de fixação, o doente não é capaz de reconhecer como falsas as imagens produzidas pela fantasia. As fabulações (ou confabulações) são invenções, produtos da imaginação do paciente, que preenchem um vazio da memória. O paciente não tem intenção de mentir ou enganar o entrevistador. É possível produzi-las, direcioná-las ou estimulá-las ao perguntar ao doente se ele lembra de um encontro há dois anos, em um bar de seu bairro, ou perguntando-lhe o que fez no domingo anterior (ou na noite passada). Essas são as chamadas **fabulações de embaraço**. Portanto, as fabulações diferem das ilusões e das alucinações mnêmicas, que não podem ser produzidas, induzidas ou direcionadas pelo examinador. Alguns autores preferem entender as fabulações mais como um déficit de "monitoração da realidade" que como uma alteração específica da memória (Dalla Barba, 1993).

As fabulações ocorrem freqüentemente na **síndrome de Korsakoff**, secundária ao alcoolismo crônico, associado a déficit da tiamina (vitamina B1), traumatismo craniano, encefalite herpética, intoxicação pelo monóxido de carbono, etc. A síndrome de Korsakoff é caracterizada por déficit intenso de memória de fixação (sobretudo do tipo episódica), que geralmente vem acompanhado de fabulações e desorientação temporoespacial.

Alguns autores (Alonso-Fernández, 1976; Sims, 2001) classificam como alteração qualitativa da memória (talvez por sua semelhança com as fabulações) a **pseudologia fantástica** ou mentira patológica (histórias e construções fantasiosas, extensas e geralmente mescladas com a realidade, vividas com tanta intensidade que, ao fim, o sujeito crê nelas). Embora tal fenômeno possa utilizar elementos do passado, este não é o capítulo mais adequado para situá-lo. Ele será visto no Capítulo 19, o qual trata do juízo de realidade.

Criptomnésias

Trata-se de um falseamento da memória, em que as lembranças aparecem como fatos novos ao paciente, que não as reconhece como lembranças, vivendo-as como uma descoberta. Por exemplo, um indivíduo com demência (como do tipo Alzheimer) conta a seus amigos uma história muito conhecida como se fosse inteiramente nova, história essa que, há poucos minutos, foi relatada por um companheiro.

Ecmnésia

Trata-se da recapitulação e da revivescência intensa, abreviada e panorâmica, da existência, uma recordação condensada de muitos eventos passados, que ocorre em

breve período. Na ecmnésia, o indivíduo tem a vivência de uma alucinação, a visão de cenas passadas como forma de **presentificação do passado**. Esse tipo de ecmnésia pode ocorrer em alguns pacientes com crises epilépticas. O fenômeno denominado **visão panorâmica da vida**, associado às chamadas experiências de quase-morte, é, de certa forma, um tipo de ecmnésia, que ocorre relacionado à iminência da morte por acidente (afogamento principalmente, sufocamento ou intoxicação), em formas graves de histeria e no estado de hipnose. Quando a ecmnésia ocorre associada à proximidade da morte, alguns indivíduos que sobreviveram relatam ter visto um túnel e uma névoa luminosa.

Lembrança obsessiva

A **lembrança obsessiva**, também denominada idéia fixa ou representação prevalente, manifesta-se como o surgimento espontâneo de imagens mnêmicas ou conteúdos ideativos do passado que, uma vez instalados na consciência, não podem ser repelidos voluntariamente pelo indivíduo. A imagem mnêmica, embora reconhecida como absurda e indesejável, reaparece de forma constante e permanece, como um incômodo, na consciência do paciente. Manifesta-se em indivíduos com transtornos do espectro obsessivo-compulsivo.

> As alterações do reconhecimento dividem-se em dois grandes grupos: as agnosias, de origem essencialmente cerebral, e as alterações de reconhecimento associadas aos transtornos mentais, sem base orgânica definida.

ALTERAÇÕES DO RECONHECIMENTO

As alterações do reconhecimento dividem-se em dois grandes grupos: as diferentes formas de agnosias, de origem essencialmente cerebral, e as alterações de reconhecimento mais freqüentemente associadas aos transtornos mentais, sem base orgânica definida.

As **agnosias** são definidas como déficits do reconhecimento de estímulos sensoriais, objetos e fenômenos, que não podem ser explicados por um déficit sensorial, por distúrbios da linguagem ou por perdas cognitivas globais. São classificadas, de modo geral, segundo a modalidade sensorial na qual o indivíduo perdeu a capacidade de reconhecimento. Definem-se, então, as agnosias visuais, táteis e auditivas e as agnosias para percepções complexas. É possível também diferenciá-las segundo o mecanismo básico que as causa: agnosia aperceptiva e agnosia associativa. A **agnosia aperceptiva** ocorre, por exemplo, secundária à lesão bilateral das áreas visuais primárias. Nesse caso, há déficit de processamento visual, sendo prejudicado o processo de apercepção normal, impossibilitando o adequado reconhecimento visual dos objetos. A **agnosia associativa** refere-se ao déficit da formação do percepto. Após reconhecimento adequado, há impossibilidade de associar-se corretamente um sentido, um significado a tal objeto reconhecido sensorialmente; a alteração ocorre, portanto, no processo de acoplagem de determinado sentido a certa apercepção.

As principais formas de agnosia são:

1. As **agnosias táteis**, divididas em dois subtipos: a **astereognosia**, na qual o paciente é incapaz de reconhecer as formas dos objetos colocados em suas mãos, estando o mesmo de olhos fechados; e a **agnosia tátil propriamente dita**, na qual, apesar de o paciente identificar as formas elementares do objeto, há incapacidade de reconhecimento global de tal objeto; o paciente descreve como o obje-

to é, mas não sabe exatamente que objeto é apresentado.

2. As **agnosias visuais** são aquelas nas quais o paciente não consegue mais reconhecer, pela visão, determinados objetos; enxerga-os, pode descrevê-los, mas não sabe o que realmente são.
3. A **prosopagnosia** era considerada a **agnosia de reconhecimento de faces** previamente conhecidas. Entretanto, expandiu-se o conceito de prosopagnosia, incluindo-se a incapacidade de reconhecer membros específicos de determinado grupo genérico de coisas, como certo tipo ou marca de carro no meio de vários carros, determinada casa entre várias casas, uma face específica em meio a várias faces.
4. A **agnosia auditiva** é a incapacidade de reconhecer sons (sem haver déficit auditivo) não-lingüísticos (agnosia auditiva seletiva) ou lingüísticos (agnosia verbal). A **agnosia verbal**, ou **surdez verbal pura**, ocorre por lesão da área auditiva primária bilateralmente (giro de Heschl) ou por certas lesões subcorticais caprichosas (a chamada disfasia auditiva subcortical). O paciente pode falar, ler e escrever correta e fluentemente; entretanto, não entende qualquer palavra falada que ouve, apenas as reconhece como ruídos. Há também a **cegueira verbal pura**, na qual o paciente fala, escreve e entende palavras faladas normalmente; porém, não pode ler de forma compreensível um texto (**alexia agnóstica** sem disgrafia, em geral acompanhada de hemianopia homônima e inabilidade em nomear cores, apesar de percebê-las corretamente).
5. A **anosognosia** é a incapacidade de o doente reconhecer um déficit ou uma doença que o acomete. Tipicamente, o paciente não reconhece, por exemplo, que tem o hemicorpo esquerdo parético ou mesmo paralisado, chegando mesmo a não identificar a existência de um membro ou de um hemicorpo. A **anosodiaforia** é a incapacidade de o paciente reconhecer o estado afetivo no qual se encontra. Já a **simultanagnosia** é a incapacidade de reconhecer mais de um objeto ao mesmo tempo.
6. A **grafestesia** é o reconhecimento da escrita pelo tato. Escrevem-se, na mão do paciente, letras ou números com um objeto semelhante a uma caneta (mas sem a tinta) e pede-se que ele os reconheça com os olhos fechados. O comprometimento da grafestesia é um indicativo de perturbação do reconhecimento por déficit da integração sensório-motora no nível cortical (Yudofsky; Hales, 1996).
7. Alguns pacientes conseguem identificar e nomear adequadamente o hospital no qual se encontram; entretanto, afirmam que ele é próximo à sua residência ou, ainda, reconhecem o hospital, mas afirmam (incorretamente) que este se situa em sua cidade. Tal déficit de reconhecimento foi denominado **paramnésia reduplicativa**. Ocorre com mais freqüência em indivíduos com lesões nos lobos frontais (Benson; Stuss, 1990).

Alterações do reconhecimento associadas a transtornos psiquiátricos

Alterações do reconhecimento e identificação de origem delirante (Delusional misidentification syndrome)

Essas alterações incluem os falsos desconhecimentos produzidos por processos delirantes, síndromes delirantes muito peculiares do reconhecimento e de falsas identificações.

Essas alterações incluem os falsos desconhecimentos produzidos por processos delirantes, síndromes delirantes muito peculiares do reconhecimento e de falsas identificações.*

No **falso desconhecimento**, o paciente não reconhece pessoas muito familiares (como a mãe, a esposa, o filho, etc.) ou outra pessoa próxima. Ao ser visitado pelos pais, outros familiares ou amigos, o paciente afirma não conhecê-los, diz nunca tê-los vistos anteriormente.

Na **síndrome de Capgras**, o paciente afirma que uma pessoa próxima e familiar que o visitou dizendo ser seu pai ou sua mãe é, na verdade, um sósia quase idêntico, uma falsa cópia. Aquele que afirma ser o pai é um duplo, um impostor, uma falsificação quase perfeita que o substituiu e quer que o paciente acredite tratar-se do seu verdadeiro pai. Um caso recentemente descrito por nós (Dalgalarrondo; Fujisawa; Banzato, 2002) foi o de uma jovem cega com a síndrome de Capgras que reconhecia seu marido (real) como se ele fosse um sósia. Esse falso reconhecimento ocorria não pela aparência física visual (pois a paciente era completamente cega), mas pelo tato e pelo odor. Ela dizia que a pele e o cheiro deles (marido e sósia) eram muito parecidos, mas, de fato, não era o verdadeiro marido que a visitava, era um impostor, uma cópia quase idêntica. Tal caso corrobora a idéia de que, na síndrome de Capgras, o ponto central não é a questão perceptiva (visual ou de outra modalidade) ou de memória, mas a alteração delirante implicada no reconhecimento de alguém significativo para o paciente.

Na chamada **síndrome de Capgras inversa** (*reverse* Capgras), o sujeito acredita que houve transformação radical em si mesmo, que ele próprio é um impostor. E esse impostor passou a habitar seu corpo, não reconhecendo o corpo como sendo o seu próprio e verdadeiro. O paciente afirma: "Este sujeito aqui é, na verdade, um sósia, uma cópia quase idêntica de mim mesmo".

A **síndrome do duplo subjetivo** é um tanto semelhante (e mesmo conceitualmente sobreposta) à de Capgras inversa. Nesse caso, o paciente acredita que outra pessoa transformou-se fisicamente a ponto de tornar-se idêntica a ele, vindo a ser o seu próprio Eu, um duplo perfeito (Sims, 1995). Assim, essa psicopatologia é análoga à síndrome de Capgras, mas apenas o sósia, nesse caso, é o próprio Eu do paciente. Para uma abordagem ampla da questão do duplo em psicopatologia, ver Rank (1939).

A **síndrome de Frégoli** é um falso reconhecimento delirante, em que o indivíduo identifica falsamente uma pessoa estranha como se fosse alguém de seu círculo pessoal. Também é denominada **falso reconhecimento**. Na prática clínica, é fre-

* Todas essas alterações poderiam muito bem ser descritas no capítulo sobre juízo de realidade e delírio ou no capítulo a respeito da consciência do Eu. Entretanto, por serem alterações do reconhecimento, optou-se, um tanto arbitrariamente, em descrevê-las neste capítulo.

qüente observar indivíduos psicóticos que identificam o médico, o psicólogo ou o enfermeiro como uma pessoa de sua família ou como um velho conhecido, a quem atribuem o mesmo nome e com quem conversam como se fossem seus velhos amigos. Por sua vez, na **síndrome de Frégoli inversa** (*reverse* Frégoli), há a crença delirante de que houve (ou está havendo) uma mudança radical da própria aparência física, sem alteração do *self* psicológico. O corpo e a aparência física do paciente não são mais os mesmos, mas a sua identidade psicológica permanece igual.

Já na **síndrome de intermetamorfose**, o paciente relata que certa pessoa de seu círculo familiar, geralmente percebida como perseguidor, e outra pessoa, estranha, também perseguidor, têm características físicas e psicológicas em comum.

Valor diagnóstico: de modo geral, os falsos desconhecimentos e os falsos reconhecimentos, assim como as demais síndromes delirantes dessa natureza, ocorrem com mais freqüência associados a esquizofrenia, depressões graves e síndromes psico-orgânicas agudas ou crônicas. Entretanto, podem se manifestar de forma isolada. Para uma boa revisão e análise das síndromes delirantes de falso reconhecimento e falsa identificação, ver Rodrigues e Banzato (2006).

Alterações do reconhecimento não-delirantes

Fenômeno do já visto, do já ouvido, do já pensado, do já vivido (*déjà-vu, déjà entendu, déjà pensé, déjà vécu*, etc.). O indivíduo tem a nítida impressão de que o

Quadro 15.3
Resumo das síndromes delirantes de falso reconhecimento e identificação

Síndrome	Descrição
Falso desconhecimento	Não-reconhecimento, durante episódio psicótico, de familiares (mãe, esposa, filho, etc.) ou de pessoas próximas
Síndrome de Capgras	Uma pessoa próxima e familiar é considerada um sósia quase idêntico, uma cópia falsa
Síndrome de Capgras inversa	O próprio Eu é percebido como um impostor, uma cópia falsa de si mesmo
Síndrome do duplo subjetivo	Outra pessoa transformou-se fisicamente a ponto de tornar-se idêntica ao próprio paciente, um duplo quase perfeito de si mesmo
Falso reconhecimento ou síndrome de Frégoli	Identificação falsa e delirante de uma pessoa estranha como se fosse alguém do círculo pessoal do paciente
Síndrome de Frégoli inversa	O próprio Eu físico do paciente é percebido como se transformando radicalmente; sua aparência não é mais a mesma, apenas sua identidade psicológica permanece igual
Síndrome de intermetamorfose	Pessoa do círculo familiar do paciente, tida como perseguidor, e um estranho, também perseguidor, são percebidos como tendo características físicas e psicológicas em comum

que está vendo, ouvindo, pensando ou vivenciando no momento já foi experimentado no passado.

Fenômeno do jamais visto (*jamais-vu*). O doente, apesar de já ter passado por determinada experiência, tem a nítida sensação de que nunca a viu, ouviu, pensou ou viveu.

Valor diagnóstico: tais fenômenos ocorrem na fadiga e em estados mais ou menos acentuados de esgotamento, não sendo, nesses casos, alterações patológicas. Podem ocorrer também associados com epilepsia, sobretudo no tipo em que ocorrem crises parciais-complexas e, eventualmente, em psicoses tóxicas.

Quadro 15.4

Semiotécnica da memória

Perguntas relativas à memória recente (apresentar-se inicialmente ao paciente)

- Há quanto tempo está nesta enfermaria (ou neste serviço de saúde, consultório)?
- Onde dormiu na última noite?
- Onde estava ontem? E há uma semana? No mês passado?
- O que comeu ontem? E hoje?
- A que horas levantou-se da cama?
- Trabalhou ou estudou ontem? E hoje?
- Há quanto tempo estamos conversando?
- Quem sou eu e qual o meu nome?

Perguntas relativas à memória remota

- Estado civil?
- Com que idade casou?
- Como se chama seu cônjuge?
- Que idade tem seu cônjuge?
- Em que cidade casou?
- Tem filhos? Como se chamam? Que idade têm?
- Como se chamam seus pais? Vivem ainda? Que idade têm?
- Onde nasceu?
- Foi à escola? Nome da escola/faculdade que cursou?
- Lembra-se do nome de algum professor?
- De algum colega de escola?
- Como era a cidade de sua infância e a de sua juventude?
- O que fez, em termos de trabalho ou atividade, no passado?
- Como aprendeu?
- Em que eleições você votou?
- Lembra-se do nome dos últimos presidentes?
- Se for viúvo, data e causa da morte do cônjuge?
- Se for divorciado (separado), data e motivo do divórcio (separação)?

Testes simplificados de memória

Testes de memória verbal simples: Pedir ao paciente que preste atenção em quatro palavras aleatórias que serão ditas (p. ex., rua, cadeira, paz e chapéu). Solicitar que ele as repita em seguida, assegurando que prestou atenção e registrou imediatamente o que foi dito. Deixar passar 5 a 10 minutos (fazer alguns exames de força muscular e reflexos neurológicos ou solicitar ao paciente que conte de frente para trás, a partir de 20). Solicitar, então, que ele repita as palavras (ele deve recordar 3 ou 4 palavras).

Teste de memória visual: Esconder quatro objetos (p. ex., caneta, relógio, chave e livro) diante do paciente, que repete imediatamente o nome dos objetos e diz onde eles estão. Continuar a testagem (outros testes ou perguntas) e, após 10 minutos, solicitar ao paciente que diga onde estão os objetos escondidos. Pessoas com memória visual normal (e sem afasias) tendem a lembrar de 3 a 4 locais.

(*Continua*)

Quadro 15.4
Semiotécnica da memória (*continuação*)

Testes simplificados de memória

Teste de memória verbal por associação de palavras: Dizer ao paciente que vai ler uma lista de 10 pares de palavras, relacionadas logicamente entre si (p. ex., alto-baixo). Depois pronunciar a primeira palavra do par e pedir ao paciente que diga a palavra correspondente. Por exemplo, "Quando eu disser alto, você deve dizer baixo". Ler, primeiramente, todos os pares devagar e de forma bem-pronunciada, pedir ao paciente para que preste bem atenção. Em seguida, falar a primeira palavra do par e solicitar que ele diga a segunda palavra correspondente.

Exemplo de lista de palavras: grande-pequeno/livro-caderno/cadeira-móvel/chuva-barro/criança-brinquedo/sol-verão/monstro-medo/rio-água/dinheiro-luxo/professor-escola. O indivíduo adulto, sem déficit de memória verbal, acerta, pelo menos, cerca de seis palavras.

Teste de memória lógica (repetição imediata de uma história): Contar ao paciente uma história simples com 15 itens distintos. Por exemplo:

1. (Pedro);
2. (de 23 anos);
3. (ajudante de mecânico);
4. (morador de Hortolândia);
5. (foi ao cinema);
6. (com sua namorada);
7. (na saída da sessão);
8. (viu um assalto);
9. (dois homens fortes);
10. (com revólveres na mão);
11. (disseram a uma velha);
12. (que entregasse a bolsa);
13. (ela ficou nervosa);
14. (caiu no chão);
15. (bateu a cabeça); e
16. (foi levada para o hospital).

Solicitar, em seguida, que o paciente repita a história completa. De modo geral, o indivíduo normal consegue lembrar de pelo menos 5 a 6 segmentos narrativos.

Questões de revisão

- Defina memória.
- Do ponto de vista psicológico, de que fatores depende o processo de fixação? E a conservação (retenção)?
- Em relação ao processo temporal de aquisição e evocação de elementos mnemônicos, como a neuropsicologia moderna divide a memória?
- O que significa *priming*?
- Explique o processo do esquecimento.
- Com o avanço das neurociências, não se pode mais falar em memória, mas em "memórias". Explique.
- Classifique e caracterize os tipos de memória segundo as estruturas cerebrais envolvidas.
- Defina amnésia. Quais são os tipos de amnésia? Caracterize-os.
- Quais são os principais tipos de paramnésias? Diferencie-os.
- Identifique e caracterize os diferentes tipos de alterações de reconhecimento conforme sua associação com transtornos mentais ou com sua origem essencialmente cerebral.

16

A afetividade e suas alterações

> Súbita, uma angústia...
> Ah, que angústia, que náusea do estômago à alma!
>
> *Fernando Pessoa*

DEFINIÇÕES BÁSICAS

Afetividade é um termo genérico, que compreende várias modalidades de vivências afetivas, como o humor, as emoções e os sentimentos.

A **vida afetiva** é a dimensão psíquica que dá cor, brilho e calor a todas as vivências humanas. Sem afetividade, a vida mental torna-se vazia, sem sabor. Afetividade é um termo genérico, que compreende várias modalidades de vivências afetivas, como o humor, as emoções e os sentimentos.

Segundo Mira y López (1974), quanto mais os estímulos e os fatos ambientais afetam o indivíduo (até a intimidade do ser), mais nele aumenta a alteração e diminui a objetividade. Quanto menor a distância (real ou virtual) entre quem percebe e o que é percebido, mais o objeto da percepção se confunde com quem o percebe. Assim, vai desaparecendo a possibilidade de configurar ou formar imagens delimitadas e uma nova modalidade de experiência íntima surge, experiência esta que *afeta* a totalidade individual e que, por isso mesmo, recebe o qualificativo de *afetiva*. Segundo ele, "a fronteira entre a percepção e a afeição, entre a sensação e o sentimento, entre o saber e o sentir é a mesma fronteira entre o Eu e o não-Eu".

Distinguem-se cinco tipos básicos de vivências afetivas:

1. Humor ou estado de ânimo
2. Emoções
3. Sentimentos
4. Afetos
5. Paixões

Humor ou estado de ânimo

O **humor, ou estado de ânimo,** é definido como o tônus afetivo do indivíduo, o estado emocional basal e difuso em que se encontra a pessoa em determinado momento. É a **disposição afeti-**

O humor, ou estado de ânimo, é definido como o tônus afetivo do indivíduo, o estado emocional basal e difuso em que se encontra a pessoa em determinado momento.

va de fundo que penetra toda a experiência psíquica, a lente afetiva que dá às vivências do sujeito, a cada momento, uma cor particular, ampliando ou reduzindo o impacto das experiências reais e, muitas vezes, modificando a natureza e o sentido das experiências vivenciadas.

Segundo Paim (1986), no estado de ânimo (ou humor), há confluência entre a vertente somática e a vertente psíquica, que se unem de maneira indissolúvel para fornecer um colorido especial à vida psíquica momentânea. Em boa parte, o humor é vivido corporalmente e relaciona-se de forma considerável às condições vegetativas do organismo.

O humor ou estado de ânimo é um dos transfundos essenciais da vida psíquica.

Emoções

A emoção é um estado afetivo intenso, de curta duração, originado geralmente como a reação do indivíduo a certas excitações internas ou externas, conscientes ou inconscientes.

As **emoções** podem ser definidas como reações afetivas agudas, momentâneas, desencadeadas por estímulos significativos. Assim, a emoção é um estado afetivo intenso, de curta duração, originado geralmente como a reação do indivíduo a certas excitações internas ou externas, conscientes ou inconscientes. Assim como o humor, as emoções são freqüentemente acompanhadas de reações somáticas (neurovegetativas, motoras, hormonais, viscerais e vasomotoras), mais ou menos específicas. O humor e as emoções são, ao mesmo tempo, experiências psíquicas e somáticas, e revelam sempre a unidade psicossomática básica do ser humano. A emoção, segundo Mira y López (1974), é uma alteração global da dinâmica pessoal, um movimento emergente, uma tempestade anímica, que desconcerta, comove e perturba o instável equilíbrio existencial.

Sentimentos

Os sentimentos estão comumente associados a conteúdos intelectuais, valores, representações e, em geral, não implicam concomitantes somáticos.

Os **sentimentos** são estados e configurações afetivas estáveis; em relação às emoções, são mais atenuados em sua intensidade e menos reativos a estímulos passageiros. Os sentimentos estão comumente associados a conteúdos intelectuais, valores, representações e, em geral, não implicam concomitantes somáticos. Constituem fenômeno muito mais mental que somático.

Por serem associados a conteúdos intelectuais, os sentimentos dependem da existência, na língua e na cultura de cada povo, de palavras que possam codificar este ou aquele estado afetivo. Assim, há grande variação de cultura para cultura, de um para outro universo semântico e lingüístico, em relação aos diversos sentimentos que podem ser expressos e, assim, ganhar existência própria. Os diferentes idiomas nos apresentam, muitas vezes, sutis diferenças e nuanças de um sentimento em relação a outro próximo. Por exemplo, para o sentimento expresso em português como saudade, no espanhol utilizam-se termos como *estrañar* (no sentido de sentir a falta de algo ou alguém) ou *nostalgia*, que apesar de próximos, não expressam exatamente o mesmo sentimento de saudade em português.

Pode-se, com certa arbitrariedade, classificar e ordenar os sentimentos em vários grupos. Os afetos e os sentimentos são vivenciados, de modo geral, em dois pólos: agradável e desagradável, prazeroso

e desprazível. A seguir, são expostos vários sentimentos de acordo com sua tonalidade afetiva:

- **Sentimentos da esfera da tristeza:** melancolia, saudade, tristeza, nostalgia, vergonha, impotência, aflição, culpa, remorso, autodepreciação, autopiedade, sentimento de inferioridade, infelicidade, tédio, desesperança, etc. O poeta Fernando Pessoa descreve o sentimento doloroso que é o tédio da seguinte forma: "O meu tédio não dorme/Cansado existe em mim/ Como uma dor informe/Que não tem causa ou fim".
- **Sentimentos da esfera da alegria:** euforia, júbilo, contentamento, satisfação, confiança, gratificação, esperança, expectativa, etc.
- **Sentimentos da esfera da agressividade:** raiva, revolta, rancor, ciúme, ódio, ira, inveja, vingança, repúdio, nojo, desprezo, etc.
- **Sentimentos relacionados à atração pelo outro:** amor, atração, tesão, estima, carinho, gratidão, amizade, apego, apreço, respeito, consideração, admiração, etc. A título de exemplo, Voltaire [1764] (1959) descreve, em seu *Dicionário filosófico*, o precioso sentimento que é a amizade:

> Amizade: Contrato tácito entre duas pessoas sensíveis e virtuosas. Sensíveis porque um monge, um solitário, pode não ser ruim e viver sem conhecer a amizade. Virtuosas porque os maus não atraem mais que cúmplices. Os voluptuosos carreiam companheiros na devassidão. Os interesseiros reúnem sócios. Os políticos congregam partidários. O comum dos homens ociosos mantém relações. Os príncipes têm cortesãos. Só os virtuosos possuem amigos.

Do mesmo modo, Luis de Camões (1524-1580) (1997), em um breve verso, exprime preciosamente o que é o sentimento amor:

> Amor é um fogo que arde sem se ver;
> é ferida que dói e não se sente;
> é um contentamento descontente;
> é dor que desatina sem doer

- **Sentimentos associados ao perigo:** temor, receio, desamparo, abandono, rejeição, etc.
- **Sentimentos de tipo narcísico:** vaidade, orgulho, arrogância, onipotência, superioridade, empáfia, prepotência, etc.

Afetos

Define-se afeto como a qualidade e o tônus emocional que acompanha uma idéia ou representação mental. Os afetos acoplam-se a idéias, anexando a elas um colorido afetivo. Seriam, assim, o componente emocional de uma idéia. Em acepção mais ampla, usa-se também o termo afeto para designar, de modo inespecífico, qualquer estado de humor, sentimento ou emoção.

Define-se afeto como a qualidade e o tônus emocional que acompanha uma idéia ou representação mental.

Paixões

A paixão é um estado afetivo extremamente intenso, que domina a atividade psíquica como um todo, captando e dirigindo a atenção e

A paixão é um estado afetivo extremamente intenso, que domina a atividade psíquica como um todo, captando e dirigindo a atenção e o interesse do indivíduo em uma só direção, inibindo os demais interesses.

o interesse do indivíduo em uma só direção, inibindo os demais interesses. Segundo Pieron (1996), a paixão intensa impede o exercício de uma lógica imparcial.

Não há consenso entre os autores sobre se as emoções têm base predominantemente neurobiológica, psicológica ou sociocultural. Charles Darwin [1872] (1955) acreditava que um bom número de emoções e suas expressões corporais eram semelhantes nos animais e nos homens das diversas sociedades. Teriam base biológica e seriam importantes para a sobrevivência do indivíduo e da espécie. Para Darwin [1871] (1974), emoções e sentimentos como medo, raiva, ciúmes, amor materno seriam universais, presentes em todos os homens e em muitas espécies animais. Além disso, para ele, a manifestação dos sentimentos por certas expressões faciais e corporais foi sendo lentamente adquirida na evolução da espécie *Homo sapiens*, tornando-se estas também comuns a homens e animais. Nessa linha, vários autores propõem a existência de emoções básicas, universais, semelhantes em todas as culturas (Brown, 1991; Ekman, 1992).

EMOÇÃO *VERSUS* RAZÃO

Na tradição do pensamento ocidental, a emoção opõe-se frontalmente à razão; segundo essa tradição, a emoção cega o homem e o impede de pensar com clareza e sensatez (ver revisão histórica em Meyer, 1994). Assim, por exemplo, afirma o psicólogo francês Guillaume (1967):

Na tradição do pensamento ocidental, a emoção opõe-se frontalmente à razão; segundo essa tradição, a emoção cega o homem e o impede de pensar com clareza e sensatez.

> A emoção pode ter um efeito paralisante, tanto para o pensamento como para a ação. A emoção intensa cria um vácuo no espírito; não encontramos mais o que dizer ou fazer, não podemos mais pensar, já não vemos com clareza na situação concreta, não compreendemos mais as palavras... o aspecto do homem emocionado é, muitas vezes, o de um imbecil, dá impressão de impotência mental.

Essa concepção considera a emoção, e a vida afetiva de modo geral, como infe-

Quadro 16.1

Emoções universais sugeridas por Brown (1991) como presentes em praticamente todas as culturas

Afeição expressa e sentida	Expressão facial de	Medo de
Ambivalência	Alegria	Estranhos na infância
Apego	Desprezo	Ruídos altos na infância
Atração sexual	Medo	Morte
Brincadeira	Nojo	Medos em geral, na infância
Brincar de fingir	Raiva	Orgulho
Choro	Surpresa	Prazer com piadas
Ciúme sexual	Tristeza	Prazer em correr riscos
Conflito (meios para lidar com, mediação de conflitos)	Disfarce	Recato sexual
Desaprovação da sovinice	Generosidade admirada	Reciprocidade afetiva
Dor (expressão emocional)	Gosto por fofoca	Reparação de ofensas
Empatia	Inveja	Sentimentos morais
Esperança	Luto	Vergonha
Exibição de recato	Medo e precaução contra cobras	Vida íntima privada

rior à razão. A emoção turva a razão, distancia o homem da verdade e da conduta correta. Além disso, corresponde a uma dimensão inferior do homem, seria o "resquício animalesco de um suposto homem primitivo dentro do homem maduro".

Contrários a tal concepção, vários autores (como Berdiaeff, Scheller) afirmam que a dimensão emocional pode contribuir (e não atrapalhar) no contato do homem com a realidade. Nesse sentido, o homem seria dotado "de um certo tipo de compreensão afetiva que se faz por uma sintonização empática" (Dória, 1977); o homem compreenderia também se emocionando, sentindo afetivamente os fenômenos da realidade.

Alguns existencialistas chegam a hipervalorizar a emoção no processo de conhecimento. Assim, Berdiaeff (1935) afirma que: "conhecemos muito mais pelos sentimentos que pela inteligência. Não só a simpatia e o amor, porém mesmo a inimizade e a raiva auxiliam no conhecimento". Mesmo aceitando a tradicional primazia da razão sobre a emoção na apreensão da verdade, deve-se admitir que certas dimensões da vida só são realmente acessíveis pela lente da emoção, pois, como diz o filósofo Pascal, "há razões que a razão desconhece".

CATATIMIA

Bleuler (1942) denominou de catatimia a importante influência que a vida afetiva, o estado de humor, as emoções, os sentimentos e as paixões exercem sobre as demais funções psíquicas. A pesquisa psicopatológica tem identificado historicamente quão penetrante é a influência da afetividade sobre toda a vida mental. A atenção é captada, dirigida, desviada ou concentrada em função do valor afetivo de determinado estímulo; a memória é altamente detalhada ou muito pobre dependendo do significado afetivo dos fatos ocorridos, a sensopercepção pode se alterar em função de estados afetivos intensos, e assim por diante.

A pesquisa psicopatológica tem identificado historicamente quão penetrante é a influência da afetividade sobre toda a vida mental.

REAÇÃO AFETIVA

A vida afetiva ocorre sempre em um contexto de relações do Eu com o mundo e com as pessoas, variando de um momento para outro à medida que os eventos e as circunstâncias da vida se sucedem. A afetividade caracteriza-se particularmente por sua dimensão de reatividade. Nesse sentido, há duas importantes dimensões da resposta ou **reação afetiva** de um indivíduo. Denomina-se **sintonização afetiva** a capacidade de o indivíduo ser influenciado afetivamente por estímulos externos; assim, o sujeito entristece-se com ocorrências dolorosas, alegra-se com eventos positivos, ri com uma boa piada, enfim, entra em sintonia com o ambiente.

A vida afetiva ocorre sempre em um contexto de relações do Eu com o mundo e com as pessoas, variando de um momento para outro à medida que os eventos e as circunstâncias da vida se sucedem.

A **irradiação afetiva**, por sua vez, é a capacidade que o indivíduo tem de transmitir, irradiar ou contaminar os outros com seu estado afetivo momentâneo; por meio da irradiação afetiva, faz com que os outros entrem em sintonia com ele (Giglio, 1974). Na condição de **rigidez afetiva**, o indivíduo não deseja, tem dificuldade ou impossibilidade tanto de sintonização como de irradiação afetiva; ele não produz reações afetivas nos outros nem reage afetivamente diante da situação existencial cambiante.

TEORIAS E DIMENSÕES DA AFETIVIDADE

Teoria de James-Lange

Segundo William James (1952) e Karl Lange (1895), a base das emoções deveria ser encontrada na periferia do corpo, principalmente nas reações do sistema nervoso autônomo periférico. Aqui, a emoção é concebida como a tomada de consciência das modificações fisiológicas produzidas por determinados eventos. James diz que: "após as mudanças corpóreas, segue-se imediatamente a percepção do fato excitante, e a emoção é o que sentimos dessas mudanças (corpóreas)".

James diz que: "após as mudanças corpóreas, segue-se imediatamente a percepção do fato excitante, e a emoção é o que sentimos dessas mudanças (corpóreas)".

Assim, nessa teoria, "o homem primeiro vê o tigre, começa em seguida a suar, a empalidecer, a ter taquicardia e, em conseqüência dessas mudanças corporais, passa, então, a **sentir propriamente o medo**". James afirma que seria impossível imaginar o que sobraria da emoção medo se não se sentisse o pulsar do coração, a respiração ofegante, o tremor dos lábios, o dobrar das pernas, a "pele de ganso", etc. Seria outra coisa, mas não a verdadeira emoção.

Contra a teoria de James-Lange, tem-se verificado que, em várias situações fisiológicas, há alterações viscerais e autonômicas sem qualquer concomitante emocional ou mental. No entanto, em favor dessa teoria, verifica-se, nos indivíduos com lesões medulares, as quais impedem as sensações proprioceptivas, alterações da qualidade das emoções. Tais indivíduos relatam uma mudança radical na qualidade de suas emoções após a lesão medular. Falam que, a partir da lesão, sentem uma "raiva fria" ou uma espécie de "raiva mental", que parece uma raiva sem a força e a intensidade que tinha antes da lesão, antes da supressão das informações corporais que recebiam (Sanvito, 1982).

ASPECTOS CEREBRAIS E NEUROPSICOLÓGICOS DAS EMOÇÕES

Teoria de Papez-MacLean: o sistema límbico e as emoções

Em 1937, Papez (1995) propôs uma base cerebral para as emoções. Segundo ele, as estruturas e o circuito cerebral das emoções incluiriam estruturas na face medial dos lobos temporais e frontais. Tais estruturas seriam basicamente o hipocampo, o fórnice, os corpos mamilares, o hipotálamo, os núcleos talâmicos anteriores e o giro cingulado no lobo frontal. São estruturas filogeneticamente muito antigas. Assim, os impulsos somáticos originados na periferia seriam levados ao hipotálamo e aos corpos mamilares; daí, seriam conduzidos pelo trato mamilotalâmico aos núcleos anteriores do tálamo e, então, passariam ao giro cingulado na região mesofrontal. Todavia, os sinais visuais, auditivos, olfativos, etc., assim como as representações mentais, já com atribuições cognitivo-emocionais, originárias do córtex cerebral, desceriam para o hipocampo e, daí, passariam ao fórnice e aos corpos mamilares, fechando o **circuito cerebral das emoções**. O hipocampo teria um importante papel na expressão emocional, e o giro cingulado (no lobo frontal) seria uma região receptora da experiência emocional (Sanvito, 1982; Laks; Rozenthal; Engelgardt, 1996).

Em concepção muito próxima a essa, MacLean (1990) propôs, já em 1952, o **sistema límbico das emoções** (a partir do grande lobo límbico de Broca), no qual o hipotálamo é visto como elemento fundamental na expressão psicofisiológica das

emoções, e o córtex cerebral seria a instância que codifica, decodifica e recodifica constantemente as experiências afetivas, atribuindo-lhes significações, sentido propriamente humano, acoplando à dimensão psicofisiológica as representações, os símbolos e os valores humanos. O sistema límbico compreenderia estruturas corticais como o córtex límbico frontotemporal, o hipocampo e o giro cingulado, bem como estruturas subcorticais, como a amígdala, os núcleos septais, o hipotálamo, os núcleos anteriores do tálamo e, em parte, os núcleos da base. Para MacLean (1990), o sistema límbico seria o sistema central na integração das emoções.

O sistema límbico compreenderia estruturas corticais como o córtex límbico frontotemporal, o hipocampo e o giro cingulado, bem como estruturas subcorticais, como a amígdala, os núcleos septais, o hipotálamo, os núcleos anteriores do tálamo e, em parte, os núcleos da base.

Gray (1995) propõe ordenar as estruturas límbicas conforme determinados padrões comportamentais e emocionais (Quadro 16.2).

Nos últimos anos, algumas estruturas cerebrais têm sido estudadas de forma detalhada, revelando sua importância para as respostas e os processamentos emocionais, são elas (revisão em Rolls, 2000):

A amígdala é uma estrutura situada na região temporal medial, que, juntamente com suas projeções eferentes e aferentes, tem grande importância nas reações de medo.

1. **A amígdala.** Esta é uma estrutura situada na região temporal medial, que, juntamente com suas projeções eferentes e aferentes, tem grande importância nas reações de **medo**, particularmente no chamado **condicionamento do medo** (*fear conditioning*) (Ledoux, 2000; Rolls, 2000). Alguns experimentos indicam que ela está associada tanto à aquisição de tal medo condicionado como à expressão motora, comportamental e neuroendócrina relacionada a tais medos. O **núcleo lateral** da amígdala estaria envolvido com a percepção de estímulos auditivos relaciona-

Quadro 16.2
Estruturas límbicas relacionadas a determinados padrões comportamentais e emocionais

Padrão comportamental e emocional	Área límbica envolvida
Comportamentos predatórios agressivos; evitação ativa	Área septal, feixe prosencefálico medial, hipotálamo lateral
Controle de impulsos, comportamentos de inibição	Área septal medial, hipocampo, córtex orbitofrontal, núcleo caudado
Comportamentos de luta e fuga, agressividade defensiva	Amígdala, *stria terminalis*, hipotálamo medial, porção cinzenta central do mesencéfalo

dos ao medo. Além de estímulos auditivos, estímulos visuais (principalmente relacionados à expressão facial emocional), assim como olfativos e gustativos, também chegam à amígdala, informando sobre o ambiente, sobretudo em relação à coloração afetiva dos estímulos ambientais. Após tais estímulos serem processados no interior da amígdala, saem dela produzindo respostas compatíveis com o padrão de medo desencadeado. Assim, o **núcleo central** da amígdala emitiria projeções para o tronco cerebral (principalmente para a substância cinzenta periaquedutal, p. ex., desencadeando *reações de congelamento*) e para o hipotálamo, produzindo resposta hormonal ao medo e ao estresse. Tais respostas hormonais e comportamentais preparariam o indivíduo para ações do tipo luta, fuga, alimentação ou sexo (Ledoux, 2000). Outro tipo de reação modulada pela amígdala relaciona-se a estímulos mais complexos, ligados à linguagem e aos símbolos linguísticos, provindos de regiões corticais temporais. Embora a amígdala esteja primordialmente relacionada à emoção do medo, estudos com ressonância magnética funcional em humanos demonstraram que estímulos agradáveis como, por exemplo, o sabor doce na boca também a ativam (Rolls, 2000).

2. **Córtex orbitofrontal**. Intimamente relacionada às emoções, esta região situa-se na parte mais dianteira dos lobos frontais, em posição acima e adjacente aos globos oculares, sendo particularmente ativada após estímulo tátil prazeroso, assim como por odores e sabores agradáveis. Fazendo parte das regiões pré-frontais, o córtex orbitofrontal também está intimamente relacionado a respostas emocionais e aprendizado rápido (memória de trabalho) após estímulos emocionalmente carregados, como a visão de faces expressivas e vozes com tonalidades emocionalmente marcantes. Quando essa região se encontra lesada, o indivíduo passa a não identificar os estímulos de forma correta e tende a responder de modo socialmente inadequado a estímulos faciais e vozes, sobretudo quando envolvem frustração e evitação de comportamentos prejudiciais a si mesmo ou a terceiros (Rolls, 2000).

> O córtex orbitofrontal também está intimamente relacionado a respostas emocionais e aprendizado rápido (memória de trabalho) após estímulos emocionalmente carregados, como a visão de faces expressivas e vozes com tonalidades emocionalmente marcantes.

3. **Circuito septo-hipocampal**. Este circuito tem sido implicado nas experiências de ansiedade. Também outros circuitos, que envolvem o hipotálamo, o tronco cerebral (Ledoux, 2000), o córtex rinal adjacente e o telencéfalo basal (Parker, 2000), têm sido apontados como relevantes para diferentes experiências emocionais.
4. **A porção medial do lobo frontal**. Parece ser componente relevante no circuito das emoções. Essa área possui importantes eferências para a amígdala e as zonas do mesencéfalo, é parte do sis-

tema modulador cardiovascular e de respostas dopaminérgicas e de ACTH/corticosterona a estímulos aversivos. O lobo frontal utiliza informações oriundas da amígdala para monitorar o estado interno do organismo e regular as respostas apropriadas a tal estado. Lesões das áreas mediais frontais dificultam o reajuste de respostas a estímulos afetivamente significativos, o que explica a resistência à extinção de determinados padrões comportamentais e emocionais. O **giro cingulado**, localizado na porção medial dos lobos frontais, está, por sua vez, envolvido de modo estrategicamente importante no controle das emoções.

O giro cingulado, localizado na porção medial dos lobos frontais, está envolvido de modo estrategicamente importante no controle das emoções.

5. **Lobo parietal direito**. Pacientes com lesões nesta área apresentam agnosia do dimídio esquerdo com heminatenção visual à esquerda. Respondem com indiferença quando são constatados seus déficits (anosognosia) e podem apresentar também humor expansivo, alegre, em contraposição ao humor triste e apático dos pacientes com lesões nas áreas frontais anteriores esquerdas. O lobo parietal direito recebe projeções da amígdala, permitindo que os estímulos emocionais sejam integrados a aspectos objetivos da consciência e da memória declarativa (consciente). As lesões parietais à direita dificultam o processamento cortical multimodal dos estímulos proprioceptivos e exteroceptivos, gerando desconhecimento afetivo da situação.

ASPECTOS PSICODINÂMICOS DA AFETIVIDADE

Concepção freudiana

Uma das contribuições mais fundamentais da psicanálise à psicopatologia tem sido na área da afetividade. A **angústia** tem importância central na teoria freudiana dos afetos. De modo geral, Freud concebe a angústia como um afeto básico emergindo do eterno conflito entre o indivíduo, seus impulsos instintivos primordiais, seus desejos e suas necessidades, por um lado, e, por outro, as exigências de comportamento civilizado, restrições (p. ex., não desejar a mulher do próximo, não matar, respeitar o tabu do incesto, etc.) que a cultura impõe ao indivíduo. Devido a tais restrições, a pessoa experimenta irremediável "mal-estar na cultura".

Em uma primeira teorização, Freud [1895] (1986) postulou que a angústia seria uma transformação da libido não-descarregada. Ou seja, a energia sexual que, por algum motivo, não fosse adequadamente descarregada (p. ex., por meio do ato sexual) ficaria retida, represada no aparelho psíquico, gerando a angústia como subproduto.

Freud [1895] (1986) postulou que a angústia seria uma transformação da libido não-descarregada. Ou seja, a energia sexual que, por algum motivo, não fosse adequadamente descarregada ficaria retida, represada no aparelho psíquico, gerando a angústia como subproduto.

Em teoria posterior, Freud [1926] (1986) postulou que a angústia seria não um subproduto da libido represada, mas um sinal de perigo, enviado pelo Eu, no sentido de evitar o surgimento de algo muito mais ameaçador ao indivíduo, algo que poderia gerar angústia muito mais intensa. A angústia funcionaria então como sinal de desprazer que suscitaria da parte

do Eu uma reação de defesa passiva ou ativa, ativando o recalque ou outros mecanismos de defesa, a fim de evitar uma situação de perigo mais importante e, conseqüentemente, uma angústia muito maior.

A **depressão ou melancolia** (termo mais utilizado em psicanálise) relaciona-se ao modo particular de elaboração inconsciente de perdas reais ou simbólicas. Para Freud, quando perde um objeto significativo (pessoa próxima, um ideal, um certo *status*, o emprego, etc.), o sujeito tende, para não perdê-lo totalmente, a identificar-se narcisicamente com ele e a introjetá-lo ao próprio Eu. Caso tal objeto de alguma forma fosse muito amado, mas também inconscientemente muito odiado (investimento libidinal ambivalente) pelo sujeito, o rancor e o ódio inconsciente que guardava por tal objeto tenderiam a ser vertidos sobre o próprio Eu. Surgem, então, as auto-acusações, os sentimentos de culpa e de fracasso, a autopunição em forma de descuido consigo próprio, perda do apetite e idéias e atos suicidas.

Para Freud, quando perde um objeto significativo (pessoa próxima, um ideal, um certo *status*, o emprego, etc.), o sujeito tende, para não perdê-lo totalmente, a identificar-se narcisicamente com ele e a introjetá-lo ao próprio Eu.

Concepção de Melanie Klein

A psicanalista Melanie Klein (1974), da escola inglesa de psicanálise, deu importante ênfase à vida afetiva em suas concepções sobre o funcionamento mental humano. Os afetos, em sua teoria, seriam centrais para toda a psicopatologia e estariam intimamente associados às fantasias primitivas e às chamadas relações de objeto (objeto aqui é conceitualizado como representações mentais, na maior parte das vezes inconscientes, de pessoas ou personagens reais ou fantasiadas, completas ou parciais).

Nessa concepção, haveria afetos primários, primitivos, como o ódio, a inveja, o medo de ser retaliado, etc., e outros, que indicariam maior maturidade psíquica do indivíduo, como a gratidão, a reparação e o amor. Os afetos resultariam, em grande parte, do tipo e da qualidade das relações do sujeito com os seus objetos internos (conscientes e, sobretudo, inconscientes). Assim, as fantasias de ataque invejoso e destrutivo a objetos internos gerariam sentimentos de medo ou ansiedade paranóide e temor de retaliação. Já o reconhecimento dos objetos internos, como seres inteiros, protetores e vivos, geraria afetos como os sentimentos de reparação e de gratidão.

ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS DA AFETIVIDADE

Alterações do humor

Distimia, em psicopatologia geral, é o termo que designa a alteração básica do humor, tanto no sentido da inibição como no sentido da exaltação. Não se deve confundir o **sintoma distimia** com o **transtorno distimia**, que, segundo as classificações da CID-10 e do DSM-IV, é um transtorno depressivo leve e crônico.

Não se deve confundir o sintoma distimia com o transtorno distimia, que, segundo as classificações da CID-10 e do DSM-IV, é um transtorno depressivo leve e crônico.

Da mesma forma, nas últimas décadas, o termo genérico **depressão**, significando **tristeza patológica**, tornou-se uma designação consagrada, que vem substituindo o termo clássico **distimia hipotímica** ou melancólica. A psicopatologia geral utiliza, nessa mesma linha, os termos **distimia hipertímica**, expansiva ou eufórica, para nomear a exaltação patológica do humor, ou seja, as bases afetivas dos quadros maníacos.

Muito freqüentemente junto com o humor depressivo (sobretudo quando este é acompanhado de desesperança e muita angústia) ocorrem idéias relacionadas à morte ("Gostaria de morrer para que o sofrimento acabasse."), idéias suicidas ("Penso em me matar, em acabar com minha vida."), planos suicidas ("Planejei como iria me matar."), atos ("Comprei remédios, veneno, uma corda para me enforcar.") e tentativas de suicídio. A ideação suicida deve ser sempre investigada cuidadosamente em pacientes com humor triste.

A ideação suicida deve ser sempre investigada cuidadosamente em pacientes com humor triste.

O termo **disforia**, por sua vez, diz respeito à distimia acompanhada de uma tonalidade afetiva desagradável, mal-humorada. Quando se fala em depressão disfórica ou mania disfórica, está sendo designado um quadro de depressão ou de mania acompanhado de forte componente de irritação, amargura, desgosto ou agressividade.

Os dois pólos básicos das alterações do humor, ou timopatias, são o pólo depressivo, ou hipotímico, e o pólo maníaco, ou hipertímico. Assim, **hipotimia** refere-se à base afetiva de todo transtorno depressivo. Por sua vez, o termo **hipertimia** (ou distimia hipertímica) refere-se a humor patologicamente alterado no sentido da exaltação e da alegria.

No espectro maníaco, o termo **euforia**, ou **alegria patológica**, define o humor morbidamente exagerado, no qual predomina um estado de alegria intensa e desproporcional às circunstâncias. Já no estado de **elação**, há, além da alegria patológica, a **expansão do Eu**, uma sensação subjetiva de grandeza e de poder. O Eu vai além dos seus limites, ganhando o mundo.

A **puerilidade** é uma alteração do humor que se caracteriza pelo aspecto infantil, simplório, regredido. O indivíduo ri ou chora por motivos banais; sua vida afetiva é superficial, sem afetos profundos, consistentes e duradouros. Verifica-se a puerilidade especialmente na esquizofrenia hebefrênica, em indivíduos com déficit intelectual, em alguns quadros histéricos e em personalidades imaturas de modo geral. Assemelhando-se à puerilidade, a **moria** é uma forma de alegria muito pueril, ingênua, boba, que ocorre principalmente em pacientes com lesões extensas dos lobos frontais, em deficientes mentais e em indivíduos com quadros demenciais acentuados.

No **estado de êxtase**, há uma experiência de beatitude, uma sensação de dissolução do Eu no todo, de compartilhamento íntimo do estado afetivo interior com o mundo exterior, muitas vezes com colorido hipertímico e expansivo. Está freqüentemente associado a experiências circunscritas a um contexto religioso ou místico, não sendo aqui considerado como fenômeno psicopatológico, mas cultural. Entretanto, o êxtase também pode estar presente em condições psicopatológicas, como no transe histérico, na esquizofrenia ou na mania.

Na **irritabilidade patológica**, há hiper-reatividade desagradável, hostil e, eventualmente, agressiva a estímulos (mesmo leves) do meio exterior. Qualquer estímulo é sentido como perturbador, e o indivíduo reage prontamente de forma disfórica. Qualquer ruído (de crianças, da televisão, de carros, etc.), a presença de muitas pessoas no local, qualquer crítica à pessoa do doente, enfim, tudo é vivenciado com muita irritação. A irritabilidade é sintoma bastante freqüente e inespecífico, indicando, não

Na irritabilidade patológica, há hiper-reatividade desagradável, hostil e, eventualmente, agressiva a estímulos (mesmo leves) do meio exterior.

A irritabilidade é sintoma bastante freqüente e inespecífico, indicando, não raramente, quadro de natureza orgânica.

raramente, quadro de natureza orgânica. Também ocorre a irritabilidade patológica nas síndromes depressivas, nos quadros maníacos, nos transtornos ansiosos e na esquizofrenia. O clínico sempre deve procurar diferenciar a irritabilidade primária, oriunda diretamente de um transtorno do humor ou psico-orgânico, de uma irritabilidade secundária, associada a vivências psicóticas (delírios persecutórios, alucinações ameaçadoras, etc.) ou neuróticas (conflitos inconscientes, insegurança, dificuldade em tomar decisões existenciais importantes, etc.).

ANSIEDADE, ANGÚSTIA E MEDO

A ansiedade é definida como estado de humor desconfortável, apreensão negativa em relação ao futuro, inquietação interna desagradável. Inclui manifestações somáticas e fisiológicas.

Embora muitos autores utilizem os termos ansiedade e angústia como sinônimos, cabe ressaltar algumas diferenças sutis entre tais conceitos.

A **ansiedade** é definida como estado de humor desconfortável, apreensão negativa em relação ao futuro, inquietação interna desagradável. Inclui manifestações somáticas e fisiológicas (dispnéia, taquicardia, vasoconstrição ou dilatação, tensão muscular, parestesias, tremores, sudorese, tontura, etc.) e manifestações psíquicas (inquietação interna, apreensão, desconforto mental, etc.).

O termo **angústia** relaciona-se diretamente à **sensação de aperto no peito e na garganta, de compressão, sufocamento**. Assemelha-se muito à ansiedade, mas tem **conotação mais corporal e mais relacionada ao passado**. Do ponto de vista existencial, a angústia tem significado mais marcante, é algo que define a condição humana, é um tipo de vivência mais "pesada", mais fundamental que a experiência da ansiedade.

Do ponto de vista existencial, a angústia tem significado mais marcante, é algo que define a condição humana, é um tipo de vivência mais "pesada", mais fundamental que a experiência da ansiedade.

Cabe ressaltar que o **medo**, caracterizado por referir-se a um objeto mais ou menos preciso, diferencia-se da ansiedade

Quadro 16.3
Dimensões mentais e somáticas da ansiedade

Sintomas mentais	Sintomas somáticos
• Inquietação interna • Medo difuso e impreciso • Apreensão desagradável • Sensação de opressão e desconforto • Preocupações exageradas • Insegurança • Irritabilidade • Dificuldade para se concentrar • Insônia • Termos populares: nervosismo, agonia, coisa ruim na cabeça	• Taquicardia, palpitações, opressão torácica • Desconforto respiratório • Sudorese, geralmente fria • Parestesias, como formigamentos, agulhadas, etc. (que não obedecem à distribuição anatômica de uma neuropatia) • Tensão muscular, dificuldade para relaxar • Dores musculares, cefaléia, precordialgia • Tontura, tremedeira, secura na boca, palidez, acessos de calor • Epigastralgias, náuseas, diarréias, etc. • Termos populares: gastura, repuxamento nos nervos

e da angústia, que não se referem a objetos precisos (o medo é, quase sempre, medo de algo).

Tem-se definido, em algumas correntes teóricas da psicopatologia, certos tipos de angústia e de ansiedade, como será visto a seguir.

Na escola psicanalítica:

1. **Angústia de castração** (Freud). Em *sensu strictu*, seria o medo de perder ou ferir os genitais, de ser castrado, no contexto do complexo de Édipo. Tal conceito foi ampliado posteriormente, recebendo o sentido de uma angústia de perda, ou de risco de perda, de algo importante do ponto de vista narcísico para o indivíduo.
2. **Angústia de morte ou de aniquilamento** (escola kleiniana). É a sensação intensa de angústia perante perigo ou situação (real ou fantasiada) que indiquem ao sujeito a proximidade ou a possibilidade iminente da morte ou do aniquilamento (do corpo, do ego).
3. **Ansiedade depressiva** (escola kleiniana). Tal ansiedade é vivida por um sujeito que teme perder seus objetos bons; teme que estes (internalizados ou reais, externos ou internos) sejam destruídos ou desintegrados, e, juntamente com eles, seu próprio Eu.
4. **Ansiedade persecutória ou paranóide** (escola kleiniana). É o tipo de ansiedade vivida como temor de retaliação feroz aos ataques imaginários, fantasmáticos, que o sujeito, em sua fantasia, perpetrou contra seus objetos internos ou externos.
5. **Angústia de separação** (Spitz, Bowlby). Seriam as reações emocionais vividas pela criança quando separada da mãe, manifestando seus afetos com choro, desespero e grande aflição.

Na escola existencial:

6. **Angústia existencial**. Para a filosofia existencialista, a angústia não seria apenas um sintoma patológico, mas, antes de tudo, um estado anímico básico, constituinte do ser humano. O homem se angustia diante de algumas situações existenciais inescapáveis da vida; a situação de **estar-no-mundo**, de **estar-com-o-outro**, de **ser-para-a-morte**, por exemplo. O homem não existe isolado de um mundo humano, há tensão permanente entre o indivíduo, suas idiossincrasias, e a comunidade de outros homens. Além disso, a condição fundamental do homem para Heidegger é a de **ser-para-a-morte**, ser que anseia a imortalidade e encontrará, inevitavelmente, a finitude, a morte. No existencialismo de Sartre, a angústia existencial se articula ao fato de o homem estar **condenado a ser livre**, a não poder de forma alguma abdicar de seu livre arbítrio, em oposição a

> O homem se angustia diante de algumas situações existenciais inescapáveis da vida; a situação de estar-no-mundo, de estar-com-o-outro, de ser-para-a-morte.

> A angústia existencial se articula ao fato de o homem estar condenado a ser livre, a não poder de forma alguma abdicar de seu livre arbítrio, em oposição a todos os determinismos históricos e sociais.

todos os determinismos históricos e sociais. O homem não pode abdicar de sempre poder fazer algo "com o que fizeram de mim", de interferir no seu próprio destino. Ao negar a sua condição de "condenado a ser livre", ao negar essa angústia existencial básica, o homem cai no que o filósofo francês chama de "má-fé" e de "alienação existencial".

Nas escolas comportamentalistas e cognitivistas:

7. **Ansiedade de desempenho**. É a reação de ansiedade associada a temores em relação à execução de uma tarefa, à possibilidade de ser avaliado criticamente por pessoas importantes ou significativas (freqüente na fobia social e na vida cotidiana).
8. **Ansiedade antecipatória**. É a ansiedade vivenciada antes da ocorrência de uma situação estressante, experimentada na imaginação do indivíduo que fica remoendo como será sua futura situação desconfortável. Trata-se de um tipo de ansiedade muito comum em indivíduos com fobias sociais que, ao imaginarem que no dia seguinte irão entrar em contato com pessoas desconhecidas ou críticas, sofrem antecipadamente diante da possibilidade de tal encontro.

ALTERAÇÕES DAS EMOÇÕES E DOS SENTIMENTOS

Apatia

É a diminuição da excitabilidade emotiva e afetiva. Os pacientes queixam-se de não poderem sentir nem alegria, nem tristeza, nem raiva, nem nada... Na apatia, o indivíduo, apesar de saber da importância afetiva que determinada experiência deveria ter para ele, não consegue sentir nada. O paciente torna-se hiporreativo, é um "tanto faz quanto tanto fez" para tudo na vida. Trata-se de um estado afetivo próprio dos quadros depressivos, apesar de poder ocorrer de forma inespecífica em um grande número de transtornos mentais.

> Na apatia, o indivíduo, apesar de saber da importância afetiva que determinada experiência deveria ter para ele, não consegue sentir nada. O paciente torna-se hiporreativo, é um "tanto faz quanto tanto fez" para tudo na vida.

Hipomodulação do afeto

Incapacidade do paciente de modular a resposta afetiva de acordo com a situação existencial, indicando rigidez na sua relação com o mundo.

Inadequação do afeto ou paratimia

Reação completamente incongruente a situações existenciais ou a determinados conteúdos ideativos, revelando desarmonia profunda da vida psíquica (ataxia intrapsíquica), contradição profunda entre a esfera ideativa e a afetiva.

Pobreza de sentimentos e distanciamento afetivo

Perda progressiva e patológica das vivências afetivas. Há, aqui, o empobrecimento relativo à possibilidade de vivenciar alternâncias e variações sutis na esfera afetiva. Ocorre nas síndromes psico-orgânicas, nas demências e em algumas formas de esquizofrenia.

Embotamento afetivo e devastação afetiva

Perda profunda de todo tipo de vivência afetiva. Ao contrário da apatia, que é basicamente subjetiva, o embotamento afetivo é observável, constatável por meio da mímica, da postura e da atitude do paciente. Ocorre tipicamente nas formas negativas, deficitárias de esquizofrenia.

O embotamento afetivo é observável, constatável por meio da mímica, da postura e da atitude do paciente. Ocorre tipicamente nas formas negativas, deficitárias de esquizofrenia.

Sentimento de falta de sentimento

É a vivência de incapacidade para sentir emoções, experimentada de forma muito penosa pelo paciente. É percebido claramente pelo doente, que se queixa de sentir-se intimamente morto ou em estado de vazio afetivo. Ao contrário da apatia, o sentir o "não-sentir" é vivenciado com muito sofrimento, como uma tortura. Pode ocorrer em quadros depressivos graves.

Anedonia

É a incapacidade total ou parcial de obter e sentir prazer com determinadas atividades e experiências da vida. O paciente relata que, diferentemente do que ocorria antes de adoecer, agora não consegue mais sentir prazer sexual, não consegue desfrutar de um bom papo com os amigos, de um almoço gostoso com a família, de um bom filme, etc. Os pacientes dizem: "Agora não vejo mais graça em nada, as coisas perderam o sabor, não vibro com mais nada...". A anedonia é um sintoma central das síndromes depressivas, podendo ocorrer também nos quadros esquizofrênicos crônicos, em transtornos da personalidade e em formas graves de neuroses. A apatia (incapacidade de sentir afetos) e a anedonia (incapacidade de sentir prazer) são fenômenos muito próximos que ocorrem, na maioria das vezes, de forma simultânea.

O paciente com anedonia não consegue mais sentir prazer sexual, não consegue desfrutar de um bom papo com os amigos, de um almoço gostoso com a família, de um bom filme.

A apatia (incapacidade de sentir afetos) e a anedonia (incapacidade de sentir prazer) são fenômenos muito próximos que ocorrem, na maioria das vezes, de forma simultânea.

Indiferença afetiva

Foi descrita particularmente na histeria como uma "bela indiferença" (*belle indifference*). Trata-se de certa frieza afetiva incompreensível diante dos sintomas que o paciente apresenta (p. ex., paralisia psicogênica das pernas, somatizações, perdas psicogênicas da voz, da visão, etc.), uma frieza e uma indiferença que parecem indicar que, no fundo (de forma inconsciente), o paciente sabe que seus sintomas são psicogênicos e potencialmente reversíveis, denotando até certo exibicionismo por trás da indiferença (Ramadam, 1985). Não é uma indiferença profunda, sendo mais aparente e teatral que real (daí bela). A **bela indiferença** da histeria contrapõe-se à **triste indiferença** do paciente depressivo com apatia marcante e à **pálida indiferença** do paciente esquizofrênico crônico que perdeu aspectos fundamentais de sua vida afetiva em virtude dos sintomas negativos do transtorno (Porot, 1967).

Labilidade afetiva e incontinência afetiva

São os estados nos quais ocorrem mudanças súbitas e imotivadas de humor, senti-

mentos ou emoções. O indivíduo oscila de forma abrupta, rápida e inesperada de um estado afetivo para outro. O paciente está falando de algo ameno e começa a chorar convulsivamente, passando, logo a seguir, a sorrir de forma tranqüila. Na incontinência afetiva, o indivíduo não consegue conter de forma alguma suas reações afetivas. A resposta afetiva ocorre geralmente em conseqüência a estímulos apropriados, mas é sempre muito desproporcional. A labilidade e a incontinência afetiva são consideradas formas de hiperestesia emocional, indicando exagero e inadequação da reatividade afetiva. A labilidade e a incontinência afetiva podem ocorrer em quadros de depressão ou mania, estados graves de ansiedade e esquizofrenia. Deve-se sempre lembrar que tanto a labilidade como a incontinência afetiva são sintomas que podem estar associados a quadros psico-orgânicos, como encefalites, tumores cerebrais, doenças degenerativas do SNC, síndromes frontais, síndrome pseudobulbar, etc. Nesse sentido, o **riso patológico** e o **choro patológico** (*pathological laughter and crying, fou rire*) ocorrem como episódios imotivados de um choro e/ou riso abrupto, de curta duração, de forma convulsiva, associados geralmente à paralisia pseudobulbar vascular, à esclerose lateral amiotrófica, à esclerose múltipla ou às lesões vasculares bilaterais ou difusas (Poeck, 1985).

A labilidade e a incontinência afetiva podem ocorrer em quadros de depressão ou mania, estados graves de ansiedade e esquizofrenia. Deve-se sempre lembrar que tanto a labilidade como a incontinência afetiva são sintomas que podem estar associados a quadros psico-orgânicos.

Ambivalência afetiva

É o termo cunhado por Bleuler para descrever sentimentos opostos em relação a um mesmo estímulo ou objeto, sentimentos que ocorrem de modo absolutamente simultâneo. Assim, o indivíduo sente, ao mesmo tempo, ódio e amor, rancor e carinho por alguém. O poeta romano Catulo (87-54 a.C.) diz: "Odeio e amo. Por quê? – você quer saber. Não sei, mas sinto assim e me atormenta".

A ambivalência afetiva, ocorrendo de forma radical e intensa, foi descrita por Bleuler para caracterizar um aspecto importante da experiência afetiva de pacientes esquizofrênicos. Ela indicaria um processo de cisão radical do Eu, de desarmonia profunda das vivências psíquicas. A essa desarmonia intrapsíquica fundamental na esquizofrenia, o psiquiatra vienense Erwin Stransky [1904] (1987) denominou "ataxia ou incoordenação intrapsíquica".

Neotimia

É a designação para sentimentos e experiências afetivas inteiramente novos vivenciados por pacientes em estado psicótico. São afetos muito estranhos e bizarros para a própria pessoa que os experimenta. Faz parte da experiência peculiar e radicalmente diferente da esquizofrenia. Lópes Ibor (1970) denominou **esquizoforia** um tipo de experiência afetiva, radicalmente nova, ameaçadora e estranha, dos pacientes esquizofrênicos, no período que antecede o surgimento da revelação delirante.

Medo

A rigor, o medo não é uma emoção patológica, mas uma característica universal dos animais superiores e do homem. Trata-se do estado de progressiva insegurança e angústia, de impotência e invalidez crescentes, ante a impressão iminente de que sucederá algo que o indivíduo quer evitar, o que progressivamente se considera

Mira y López (1974) divide o medo em seis fases, de acordo com o grau de extensão e imensidão que nele alcançam as manifestações de inativação.

menos capaz de fazer. Mira y López (1974) divide o medo em seis fases, de acordo com o grau de extensão e imensidão que nele alcançam as manifestações de inativação. São elas:

1. Prudência
2. Cautela
3. Alarme
4. Ansiedade
5. Pânico (medo intenso)
6. Terror (medo intensíssimo)

Fobias

São medos determinados psicopatologicamente, desproporcionais e incompatíveis com as possibilidades de perigo real oferecidas pelos desencadeantes, chamados de objetos ou situações fobígenas. Assim, o indivíduo tem um medo terrível e desproporcional de entrar em um elevador, de gatos ou de contato com pessoas desconhecidas. No indivíduo fóbico, o contato com os objetos ou situações fobígenas desencadeia, muito freqüentemente, intensa crise de ansiedade. A **fobia simples** é o medo intenso e desproporcional de determinados objetos, geralmente pequenos animais (barata, sapo, cachorro, etc.). Já a **fobia social** é o medo de contato e interação social, principalmente com pessoas pouco familiares ao indivíduo e em situações nas quais o paciente possa se sentir examinado ou criticado por tais pessoas (proferir aulas ou conferências, ir a festas, encontros, etc.). Por sua vez, a **agorafobia** é o medo de espaços amplos e de aglomerações como estádios, cinemas, supermercados. Inclui-se na agorafobia o medo de ficar retido em congestionamentos. A **claustrofobia** é o medo de entrar (e ficar preso) em espaços fechados, como elevadores, salas pequenas, túneis, etc. Há, além dessas quatro formas mais comuns de fobia, um número enorme de subtipos de fobia, classificados de acordo com o objeto ou a situação fobígena.

Fobia social é o medo de contato e interação social, principalmente com pessoas pouco familiares ao indivíduo e em situações nas quais o paciente possa se sentir examinado ou criticado por tais pessoas (proferir aulas ou conferências, ir a festas, encontros, etc.).

Pânico

É uma reação de medo intenso, de pavor, relacionada geralmente ao perigo imaginário de morte iminente, descontrole ou desintegração. O pânico se manifesta quase sempre como crises de pânico. Estas são crises agudas e intensas de ansiedade, acompanhadas por medo intenso de morrer ou de perder o controle e de acentuada descarga autonômica (taquicardia, sudorese, etc.). As crises caracterizam-se pelo início abrupto de uma sensação de grande perigo e desejo de fugir ou escapar da situação. Ocorrem sintomas somáticos autonômicos, decorrentes da ansiedade intensa, como palpitações, sudorese fria, tremores, parestesias (principalmente formigamentos nos lábios e/ou ponta dos dedos), sensação de falta de ar, desconforto respiratório, dor ou desconforto no peito, náusea, sensação da cabeça ficar

As crises de pânico são crises agudas e intensas de ansiedade, acompanhadas por medo intenso de morrer ou de perder o controle e de acentuada descarga autonômica (taquicardia, sudorese, etc.). As crises caracterizam-se pelo início abrupto de uma sensação de grande perigo e desejo de fugir ou escapar da situação.

leve, medo de perder o controle ou enlouquecer, medo de morrer ou de ter um ataque cardíaco e, em alguns casos, despersonalização e/ou desrealização. O paciente freqüentemente relata que tinha a nítida sensação de que iria morrer, perder o controle ou ter um ataque do coração. As crises duram alguns minutos e tendem a repetir-se com periodicidade variável. As crises podem ocorrer após a exposição a desencadeantes (contato com situações ou objetos fobígenos, morte de pessoa próxima significativa, estresse intenso, etc.), mas, em muitos casos, não se consegue identificar o fator desencadeante.

Segundo Pereira (1997), na base da crise de pânico estaria o sentimento primário de desamparo (*Hilflosigkeit*), de não poder sentir o acolhimento básico, o apoio implícito, que fundamenta o sentimento de segurança tácita que a criança tem diante do adulto que a cuida (geralmente a mãe). Deve-se ressaltar que não é apenas a falta de apoio que é angustiante, mas sobretudo o caráter desorganizador das tensões libidinais para as quais não é possível qualquer satisfação fora do acolhimento da mãe.

Alguns sentimentos e emoções considerados normais podem ter implicações

Quadro 16.4
Semiotécnica da afetividade

Humor ansioso: Sente-se nervoso(a)? Sente-se agoniado(a)? Com inquietação interna? Sente angústia ou ansiedade? Sente medos ou temores? Sente-se tenso(a)? Tem dificuldades para relaxar? Tem dificuldades para se concentrar? Tem insônia? Sente dores de cabeça, dores nas costas, etc.? Tem taquicardia, falta de ar?

Humor irritado: Você tem se irritado com mais facilidade que antes? Os ruídos (da televisão, de pessoas falando, de buzinas, etc.) o(a) incomodam muito? As crianças o(a) incomodam? Tem discutido ou brigado com facilidade? Às vezes acha que vai explodir? Os nervos estão à flor da pele? Tem, às vezes, vontade de matar ou esganar alguém?

Humor triste, apático ou inibido: Você tem se sentido triste ou melancólico(a)? Desanimado(a)? As coisas que lhe davam prazer agora lhe são indiferentes? Sente-se cansado(a), sem energia? Sente-se fraco(a)? Não se alegra com mais nada? Perdeu (ou aumentou) o apetite ou o sono? Perdeu o interesse pelas coisas? Tem vontade de sumir ou morrer? Sente que não tem mais saída (desesperança)? Sente tédio? Realizar as tarefas rotineiras passou a ser um grande fardo para você? Prefere se isolar, não receber visitas? Sente um vazio por dentro? Às vezes, sente-se como se estivesse morto(a)?

Humor hipertímico (alegre): Sente-se mais alegre que o comum? Mais disposto(a)? Tem, nos últimos dias, mais vontade de falar e andar que geralmente? Sente-se mais forte? Mais poderoso(a)? Sente o tempo passar mais rápido? Tem muitos amigos? Eles são importantes? Tem propriedades ou é uma pessoa influente? Você se acha inteligente? Acha-se uma pessoa especial?

Verificar se as alterações do humor são mais freqüentes e intensas pela manhã, à tarde ou à noite. Perguntar há quanto tempo o paciente tem esses sintomas, o que os desencadeou, o que os faz piorar ou melhorar.

Emoções e sentimentos: Verificar o padrão de reações emocionais do paciente (reações emocionais intensas ou atenuadas, fáceis ou difíceis de serem desencadeadas, rápidas e superficiais ou profundas e duradouras, etc.). Investigar que sentimentos predominantes o paciente tem pelas pessoas significativas de seu convívio. Perguntar, por exemplo: Você tem muitos amigos? Você os vê com que freqüência? Como você se dá com seus familiares? Você tem relacionamentos íntimos com amigos ou parentes? Como são esses relacionamentos? Tem inimigos ou pessoas que odeia? Como isso começou?

Alguns sentimentos e emoções considerados normais podem ter implicações psicopatológicas conforme a intensidade e o contexto no qual surgem e se desenvolvem.

psicopatológicas conforme a intensidade e o contexto no qual surgem e se desenvolvem. Vale ressaltar aqui a inveja e o ciúme. O **ciúme** é um fenômeno emocional complexo no qual o indivíduo sente receio, medo, tristeza ou raiva diante da idéia, sensação ou certeza de que a pessoa amada gosta mais de outra pessoa (ou objeto) e pode abandoná-lo ou preteri-lo. O ciúme de intensidade extrema, desprovido de crítica, é difícil de ser diferenciado do delírio de ciúmes (Silva, 1997). A **inveja**, por sua vez, é a sensação de desconforto, raiva e angústia diante da constatação de que outra pessoa possui objetos, qualidades, relações que o indivíduo gostaria de ter, mas não tem. Pode ser importante fonte de sofrimento em indivíduos imaturos, extremamente neuróticos e com transtornos da personalidade. Além disso, a inveja intensa pode ter efeitos devastadores nas relações interpessoais.

O ciúme de intensidade extrema, desprovido de crítica, é difícil de ser diferenciado do delírio de ciúmes.

Finalmente, cabe indicar que um dos melhores trabalhos de orientação fenomenológica sobre a afetividade é o *Esboço de uma teoria das emoções*, de Jean-Paul Sartre (1939/1965). Além disso, deve-se ressaltar a excelente e aprofundada revisão sobre a psicologia e psicopatologia da afetividade, denominada *Teoria de los sentimientos*, publicada pelo professor espanhol Carlos Castilla Del Pino (2003).

Questões de revisão

- Quais são os cinco tipos básicos de vivências afetivas? Caracterize-os.
- Discuta a oposição entre emoção e razão na tradição do pensamento ocidental.
- Retomando a teoria de James-Lange, o que você pode dizer a respeito da relação entre as emoções e as reações do sistema nervoso periférico? Quais os pontos positivos e negativos desta teoria? O que propõem Papez-MacLean e Gray a esse respeito?
- Estabeleça um paralelo entre as concepções teóricas de Freud e Melanie Klein acerca da afetividade.
- Caracterize as alterações do humor: distimia, hipertimia, puerilidade e irritabilidade patológica.
- Estabeleça a diferença entre ansiedade, angústia e medo.
- Quais os tipos de angústia segundo algumas correntes teóricas da psicopatologia? Caracterize-os.
- Estabeleça a diferença entre os vários tipos de alterações das emoções e dos sentimentos.

17

A vontade, a psicomotricidade e suas alterações

As borboletas
O pássaro engaiolado contempla:
malícia em seus olhos!

Hai-kai de Issa (1763-1827)

DEFINIÇÕES BÁSICAS

A vontade é uma dimensão complexa da vida mental, relacionada intimamente com as esferas instintiva, afetiva e intelectiva.

A vontade é uma dimensão complexa da vida mental, relacionada intimamente com as esferas instintiva, afetiva e intelectiva (que envolve avaliar, julgar, analisar, decidir), bem como com o conjunto de valores, princípios, hábitos e normas socioculturais do indivíduo. Não é ponto pacífico se a vontade depende mais da esfera instintiva, de forças inconscientes, da esfera afetiva, de valores culturais ou de componentes intelectuais conscientes. Alguns autores identificam a vontade ao desejo (consciente ou inconsciente).

A vontade é tema central de alguns filósofos, como Schopenhauer, Nietzsche e Kant. Para Schopenhauer (1788-1860), a essência do mundo é a vontade cega e irracional; a "vontade para a vida" *(Wille zum Leben)* é o princípio universal do esforço instintivo pelo qual todo ser realiza o tipo da sua espécie e luta contra os outros seres para manter a forma de vida que é a sua. Em sua principal obra, *O mundo como vontade e representação* [1819] (1974), ele afirma que "a vontade, considerada puramente em si mesma, não conhece e é apenas um impulso cego e irresistível". Nietzsche (1844-1900) contrapõe a razão à vontade e considera a força motriz universal do desenvolvimento a "luta pela existência", que se converte em "vontade de poder" *(Wille zur Macht)*.

O conflito entre livre arbítrio e determinismo é uma das questões mais fundamentais para o ser humano.

Para a corrente filosófica denominada existencialismo, o conflito entre livre arbítrio e determinismo é uma das questões mais fundamentais para o ser humano. É o conflito entre a liberdade e a responsabilidade de decidir que destino tomar e as con-

tingências da vida que nos arrastam de um lado para outro.

O **instinto** é definido como um modo relativamente organizado, fixo e complexo de resposta comportamental de determinada espécie, que, por meio dela, pode sobreviver melhor em seu ambiente natural. Geralmente envolve um conjunto de respostas e comportamentos herdados que, apenas com modificações superficiais, serve sempre à adaptação do organismo (p. ex., as reações e os comportamentos associados à fome, os instintos de sobrevivência, etc.). Em psicanálise, define-se **pulsão** como um conjunto de elementos inatos, inconscientes, de origem parcialmente biológica e parcialmente psicológica, que movem o sujeito em direção à vida ou à morte (p. ex., a pulsão sexual e a pulsão de morte).

O **desejo** é um querer, um anseio, um apetite, de natureza consciente ou inconsciente, que visa sempre algo, que busca sempre a sua satisfação. Os desejos diferenciam-se das **necessidades**, pois estas são fixas e inatas, independentes da cultura e da história individual, enquanto aqueles são móveis, moldados e transformados social e historicamente. A **inclinação**, por sua vez, é a tendência a desejar, buscar, gostar, etc., intimamente relacionada à personalidade do indivíduo, duradoura e estável, que inclui tanto aspectos afetivos como volitivos. Trata-se de algo constitutivo do indivíduo e é, em certa proporção, de natureza genética.

O **desejo** é um querer, um anseio, um apetite, de natureza consciente ou inconsciente, que visa sempre algo, que busca sempre a sua satisfação.

A psicologia clássica e a contemporânea utilizam, com muita freqüência, o constructo **motivação**. A partir dele, busca-se estudar os fatores que energizam e moldam os comportamentos. Também pela motivação investiga-se como o comportamento é iniciado, dirigido e sustentado. Para a psicologia contemporânea, a motivação é tanto intencional (estimula e orienta as ações) como reguladora (permite ao sujeito controlar seu comportamento e o dos outros) (Gazzaniga; Heatherton, 2005).

Para a psicologia contemporânea, a motivação é tanto intencional (estimula e orienta as ações) como reguladora (permite ao sujeito controlar seu comportamento e o dos outros).

ATO VOLITIVO OU ATO DE VONTADE

Para Nobre de Melo (1979), o ato volitivo (ou ato de vontade) é traduzido pelas expressões típicas do "eu quero" ou "eu não quero", que caracterizariam a vontade humana *sensu strictu*. Distinguem-se também os **motivos**, ou *razões intelectuais* que influem sobre o ato volitivo, dos **móveis**, ou *influências afetivas* atrativas ou repulsivas que pressionam a decisão volitiva para um lado ou para outro.

O ato volitivo se dá, de forma geral, como um processo, o chamado **processo volitivo**, no qual se distinguem quatro etapas ou momentos fundamentais e, em geral, cronologicamente seguidos.

Processo volitivo

1. A **fase de intenção ou propósito**, na qual se esboçam as tendências básicas do indivíduo, suas inclinações e interesses. Nesse momento, impulsos, desejos e temores inconscientes exercem influência decisiva sobre o ato volitivo, muitas vezes imperceptíveis para o próprio indivíduo.

2. A **fase de deliberação**, que diz respeito à ponderação consciente, levando-se em conta tanto os motivos como os móveis implicados no ato volitivo. O indivíduo faz uma análise básica do que seria positivo ou negativo, favorável ou desfavorável, benéfico ou maléfico em sua decisão. É um momento de apreciação, consideração dos vários aspectos e das implicações de determinada decisão.
3. A **fase de decisão propriamente dita** é o momento culminante do processo volitivo, instante que demarca o começo da ação, no qual os móveis e os motivos vencidos dão lugar aos vencedores.
4. A **fase de execução** constitui a etapa final do processo volitivo, na qual os atos psicomotores simples e complexos decorrentes da decisão são postos em funcionamento, a fim de realizar e consumar aquilo que mentalmente foi decidido e aprovado pelo indivíduo.

O ato de vontade pautado por essas quatro fases, em que ponderação, análise e reflexão precedem a execução motora, é denominado **ação voluntária**.

COMPORTAMENTO MORAL, AGRESSIVIDADE E FUNCIONAMENTO CEREBRAL

Nos últimos anos, vários pesquisadores têm identificado estruturas cerebrais relacionadas a processos psicológicos envolvidos em julgamentos e comportamentos morais. O neuropsicólogo Marc Hauser e o neurologista Antonio Damasio identificaram que pacientes com lesões no **córtex pré-frontal ventromedial** demonstravam menos empatia, compaixão, culpa, vergonha e arrependimento quando tomavam decisões que, embora utilitárias, causavam dano a alguém, mesmo sendo a uma pessoa próxima. Além disso, duas estruturas cerebrais têm sido relacionadas aos comportamentos impulsivos e à agressividade (Hollander; Posner; Cherkasky, 2006): o hipotálamo (na região anterior, dorsomedial e ventromedial) e a amígdala (a estimulação da amígdala em gatos pode, dependendo do estado de temperamento preexistente no animal, produzir agressividade ou comportamento dócil). Finalmente, tem sido identificada hiperatividade neural nos córtices orbitofrontal, do cíngulo anterior e do corpo estriado (circuito frontoestriado) em pacientes com compulsões (Miguel; Rauch; Jenike, 1998).

> Nos últimos anos, vários pesquisadores têm identificado estruturas cerebrais relacionadas a processos psicológicos envolvidos em julgamentos e comportamentos morais.

ATOS VOLITIVOS, COMPORTAMENTOS MORAIS E VARIABILIDADE CULTURAL

Segundo Marc Hauser (2007), o *Homo sapiens* foi equipado pela evolução com a capacidade de fazer julgamentos morais e realizar atos de vontade seguindo algumas regras universais (Quadro 17.1). Capacidades como a de distinguir entre uma ação intencional e uma acidental ou o valor atribuído a uma ação (protetora ou destrutiva) sobre alguém próximo ou distante seriam elementos universais ancorados no cérebro, adquiridos pela espécie ao longo da evolução e também presente em outros primatas. A seguir, apresenta-se uma série de comportamen-

> O *Homo sapiens* foi equipado pela evolução com a capacidade de fazer julgamentos morais e realizar atos de vontade seguindo algumas regras universais.

tos e valores com implicações morais que seriam universais da espécie humana (ou seja, estariam presentes em quase todas as culturas).

ALTERAÇÕES DA VONTADE

Hipobulia/abulia

Pacientes com hipobulia/abulia apresentam diminuição ou até abolição da atividade volitiva. O indivíduo refere que não tem vontade para nada, sente-se muito desanimado, sem forças, sem "pique". Geralmente, a hipobulia/abulia encontra-se associada à apatia (indiferença afetiva), à fadiga fácil, à dificuldade de decisão, tão típicas dos depressivos graves.

Geralmente, a hipobulia/abulia encontra-se associada à apatia (indiferença afetiva), à fadiga fácil, à dificuldade de decisão, tão típicas dos depressivos graves.

A abulia não se confunde com a **ataraxia**, que é um estado de indiferença volitiva e afetiva desejada e buscada ativamente pelo indivíduo. Trata-se aqui do estado de imperturbabilidade almejada por místicos, ascetas e filósofos da chamada escola estóica. A busca voluntária, ativa, de libertação por meio desse estado de despreendimento é bem-exemplificada por esta poesia:

> Não penses nas coisas que
> se foram e passaram;
> pensar no que passou é aflição inútil.
> Não penses no que há de suceder;
> pensar no futuro é impaciência vã.
> É melhor que de dia sentes como
> um paletó na cadeira;
> que de noite deites como
> uma pedra no leito.
> Quando vem o jantar abre a boca;
> fecha os olhos quando vem
> o sono e o sonho.
>
> *Po Chu Yi (poeta chinês da Dinastia Tang, 618-960)*

Quadro 17.1

Comportamentos volitivos e valores morais propostos por Brown (1991) como possivelmente presentes em quase todas as culturas

Assistência a crianças	Dominância/submissão	Regulação sexual
Conceito de justiça e eqüidade	Estupro proscrito (alguma forma de normatização)	Resistência a abuso de poder e dominância
Compartilhar alimentos	Etiqueta	Ritos de passagem
Complexo de Édipo	Etnocentrismo	Rituais
Cooperação	Julgar os outros	Rituais fúnebres
Cópula preferencialmente praticada na privacidade	Identidade coletiva	Sanções por crimes contra a coletividade
Crença no sobrenatural	Lei (direitos e obrigações)	Sentimentos morais (com alcance efetivo limitado)
Dar presentes	Prevenção ou abstenção do incesto	*Status* de parentesco e por idade
Distinção entre bom e mau	Manipulação de relações sociais	Tabus
Distinção entre certo e errado	Preferência pelos próprios filhos e parentes próximos	Tabus alimentares e na fala
Distinção entre falso e verdadeiro	Proscrição de algumas formas de violência (e prescrição de outras)	Trocas recíprocas
Distinção entre pertencentes e não-pertencentes ao grupo	Regras de herança	
Divisão do trabalho por sexo e idade	Regras de parentesco	

ATOS IMPULSIVOS E ATOS COMPULSIVOS

A diferenciação básica em termos de distúrbios da vontade é entre o ato impulsivo e o compulsivo.

Ato impulsivo

Em oposição à ação voluntária, há **os atos impulsivos**, que são uma espécie de **curto circuito do ato voluntário**, da fase de intenção à fase de execução. O ato impulsivo abole abruptamente as fases de intenção, deliberação e decisão, em função tanto da intensidade dos desejos ou temores inconscientes como da fragilidade das instâncias psíquicas implicadas na reflexão, na análise, na ponderação e na contenção dos impulsos e dos desejos. Os **impulsos patológicos** são tipos de atos impulsivos, nos quais predominam as ações psicomotoras automáticas, sem reflexão, ponderação ou decisão prévias, de tipo instantâneo e explosivo. Eles também se caracterizam pela *incoercibilidade*, ou seja, são incontroláveis (revisão em Herpertz; Sass, 1997).

O ato impulsivo abole abruptamente as fases de intenção, deliberação e decisão.

Os impulsos patológicos são tipos de atos impulsivos, nos quais predominam as ações psicomotoras automáticas, sem reflexão, ponderação ou decisão prévias, de tipo instantâneo e explosivo.

O **ato impulsivo** apresenta as seguintes características:

1. É realizado **sem fase prévia de intenção, deliberação e decisão**.
2. É realizado, de modo geral, de forma **egossintônica**. O indivíduo não percebe tal ato como inadequado, não tenta evitá-lo ou adiá-lo. O ato impulsivo freqüentemente não é contrário aos valores morais e desejos de quem o pratica.
3. É geralmente **associado a impulsos patológicos**, de natureza inconsciente, ou **à incapacidade de tolerância à frustração** e necessária adaptação à realidade objetiva. Da mesma forma, o indivíduo dominado pelo ato impulsivo tende a desconsiderar os desejos e as necessidades das outras pessoas.

O **ato compulsivo**, **ou compulsão**, difere do ato impulsivo por ser reconhecido pelo indivíduo como indesejável e inadequado, assim como pela tentativa de refreá-lo ou adiá-lo. A compulsão é geralmente uma ação motora complexa que pode envolver desde atos compulsivos relativamente simples, como coçar-se, picar-se, arranhar-se, até **rituais compulsivos** complexos, como tomar banho de forma repetida e muito ritualizada, lavar as mãos e secar-se de modo estereotipado, por inúmeras vezes seguidas, etc.

O ato compulsivo, ou compulsão, difere do ato impulsivo por ser reconhecido pelo indivíduo como indesejável e inadequado, assim como pela tentativa de refreá-lo ou adiá-lo.

Os **atos e os rituais compulsivos** apresentam as seguintes características:

1. Há a vivência freqüente de **desconforto subjetivo** por parte do indivíduo que realiza o ato compulsivo.
2. São **egodistônicos**, isto é, experienciados como indesejáveis, contrários aos valores morais e anseios de quem os sofre.
3. Há a **tentativa de resistir** (ou pelo menos adiar) à realização do ato compulsivo.
4. Há a sensação de **alívio ao realizar o ato compulsivo**, alívio que

logo é substituído pelo retorno do desconforto subjetivo e pela urgência em realizar novamente o ato compulsivo.

5. Ocorrem freqüentemente **associados a idéias obsessivas** muito desagradáveis, representando, muitas vezes, tentativas de neutralizar tais pensamentos. O indivíduo tem um pensamento obsessivo desagradável, como a idéia de que é impuro ou contaminado, sente, então, a necessidade de lavar-se compulsivamente, e isso alivia de forma transitória os pensamentos de ser contaminado. Logo após o alívio, os pensamentos obsessivos retornam à consciência do indivíduo, e ele sente-se novamente forçado a realizar o ato compulsivo neutralizador.

Tipos de impulsos e compulsões patológicas

Impulsos e compulsões agressivas auto ou heterodestrutivas

- **Automutilação**. É o impulso (ou compulsão) seguido de comportamento de autolesão voluntária. São pacientes que produzem escoriações na pele e nas mucosas, furam os braços com pregos e pedaços de vidro, arrancam os cabelos (**tricotilomania**), etc. As automutilações leves e moderadas são observadas em indivíduos com transtorno da personalidade *borderline*, naqueles com transtorno obsessivo-compulsivo e em alguns deficientes mentais. As formas mais graves de automutilação em psiquiatria são a auto-enucleação (extração do próprio olho) e a auto-amputação do pênis, que ocorrem em pacientes psicóticos, geralmente esquizofrênicos em estado alucinatório-delirante e indivíduos com psicoses tóxicas, produzidas por alucinógenos.

As formas mais graves de automutilação em psiquiatria são a auto-enucleação extração do próprio olho) e a auto-amputação do pênis, que ocorrem em pacientes psicóticos.

- **Frangofilia**. Impulso patológico de destruir os objetos que circundam o indivíduo. Está associado geralmente a estados de excitação impulsiva intensa e agressiva. Ocorre nas psicoses (principalmente esquizofrenia e mania), em alguns quadros de intoxicação por psicotrópicos, em indivíduos com transtornos da personalidade (explosiva, *borderline*, sociopática, etc.) e em alguns deficientes mentais.
- **Piromania**. É o impulso de atear fogo a objetos, prédios, lugares, etc. Ocorre principalmente em indivíduos com transtornos da personalidade.

O **impulso e o ato suicida** parecem ocorrer em todas as culturas. Há, em muitos pacientes ansiosos e deprimidos, o desejo de morrer e de desaparecer ("Gostaria de dormir ou apagar por um tempo"). Tal impulso ocorre quase sempre associado a outros sintomas mentais e condições gerais como humor depressivo, desesperança, ansiedade intensa, desmoralização crônica, dor ou disfunções orgânicas crônicas. Sempre que o examinador encontrar um paciente deprimido, cronicamente ansioso e hostil, desmoralizado, sem perspectivas, deve inves-

Sempre que o examinador encontrar um paciente deprimido, cronicamente ansioso e hostil, desmoralizado, sem perspectivas, deve investigar detidamente os impulsos suicidas.

Quadro 17.2
Fatores protetores e de risco para o suicídio

Fatores de risco para o suicídio	Fatores protetores de suicídio
• Depressão moderada ou grave • Gênero masculino • Desesperança, falta de perspectivas, sensação de fracasso pessoal • Morar sozinho, não ter família ou vínculos sociais • Separações recentes – do(a) namorado(a), esposo(a), amante, etc. • História de tentativas ou ameaças suicidas recentes • Dor, doenças físicas ou déficits funcionais crônicos • Idade: adolescentes, homens de meia-idade e idosos • Fácil acesso a meios violentos (revólveres, altura, venenos, fármacos potencialmente perigosos, etc.) • Esquizofrenia, alcoolismo e dependência de substâncias (suicídio tipo balanço existencial), personalidade *borderline* • Traços autodestrutivos e impulsivos	• Boa saúde física e mental • Gênero feminino • Ter perspectivas futuras, habilidades profissionais e educacionais. • Bons e intensos vínculos sociais • Ser casado e ter filhos • Pertencer a uma religião e praticá-la • Ter medo de atos violentos • Ter emprego

Quadro 17.3
Semiotécnica da ideação e do impulso suicida

A ideação, os impulsos e os planos suicidas devem ser sempre investigados no caso de mínima suspeita. O tema deve ser tratado como algo delicado e pessoal, de modo circunspecto, mas franco. Após contato inicial, inquirir de modo que seja mais fácil para o paciente falar sobre o tema, começando a perguntar sobre o desejo de "desaparecer", de "sair de cena", de "dormir para sempre" até o desejo definido de se matar. O paciente potencialmente suicida sente-se, muitas vezes, aliviado por poder falar sobre o tema.
Perguntar, por exemplo:

Às vezes, você se sente tão mal que gostaria de desaparecer, dormir muito tempo ou não mais viver?

Prosseguir então avaliando idéias claramente suicidas, planos suicidas:

Pensa em terminar com a sua vida? Já fez alguma coisa no sentido de realizar tais idéias?

Verificar se o paciente pensa em adquirir ou já comprou veneno, remédios, uma corda, um revólver, etc. Verificar se o paciente tem outros sentimentos, idéias ou atos autodestrutivos. Perguntar se já tentou o suicídio alguma vez.

Ficar atento a pacientes que:

1. Tentaram o suicídio recentemente (nos últimos meses ou anos) e continuam com graves problemas.
2. Estavam muito deprimidos e "melhoram" subitamente (pois tal "melhora" pode resultar em, finalmente, ter se decidido a cometer o suicídio e, assim, livrar-se do sofrimento).
3. Embora neguem o impulso suicida, comportam-se de forma muito autodestrutiva, revelando o seu potencial suicida.
4. "Resolvem" seus negócios (vendem pertences, fazem testamento, etc.) sem motivo aparente.

tigar detidamente os impulsos suicidas (Hawton, 1987).

Os grupos diagnósticos (Eixo 1) que mais freqüentemente envolvem o impulso e a ideação grave de suicídio são: depressão maior, dependência de álcool, esquizofrenia, distimias e transtornos da adaptação do tipo depressivo. Já os transtornos da personalidade (Eixo 2) que mais apresentam a ideação suicida grave são: *borderline*, dependente, esquizóide, histriônica e de evitação (Ferreira de Castro et al., 1998).

Impulsos e compulsões relacionados à ingestão de substâncias ou alimentos

Tais impulsos estão presentes em algumas formas de abuso de substâncias, nas quais o uso do agente psicoativo se caracteriza por grande impulsividade.

- **Dipsomania**. Ocorre como impulso ou compulsão periódica para ingestão de grandes quantidades de álcool. O indivíduo bebe seguidamente até ficar inconsciente; a crise é superada, voltando o paciente à situação anterior, havendo geralmente amnésia retrógrada para o ocorrido. Atualmente, tem-se utilizado o termo *binge drinking* para a ingestão de grandes quantidades de álcool. Já a **bulimia** é o impulso irresistível de ingerir rapidamente grande quantidade de alimentos (muitas vezes doces, chocolate, etc.), em geral como "ataque à geladeira". Após a ingestão rápida, o paciente bulímico sente-se culpado, com medo de engordar, e induz vômitos ou toma laxativos.

Bulimia é o impulso irresistível de ingerir rapidamente grande quantidade de alimentos (muitas vezes doces, chocolate, etc.), em geral como "ataque à geladeira" seguido de vômitos voluntários.

- **Potomania.** É a compulsão de beber água ou outros líquidos sem que haja sede exagerada. Difere da **polidipsia**, pois, nesta, o indivíduo sente sede exagerada, geralmente devido a alterações metabólicas em seu organismo. A potomania é observada em esquizofrênicos crônicos, podendo acarretar complicações metabólicas, como hiponatremia e intoxicação por excesso de água.

Atos e compulsões relacionados ao desejo e comportamento sexual

São diversos os **atos impulsivos e compulsivos de natureza sexual**. Foram classicamente descritos como perversões sexuais, preferindo-se atualmente os termos atos impulsivos e compulsões sexuais, pois a designação "perversão" acabou ganhando conotação moral e de valor na linguagem comum.

- O **fetichismo** é o impulso e o desejo sexual concentrado em (ou exclusivamente relacionado a) partes da vestimenta ou do corpo da pessoa desejada. O **exibicionismo** é o impulso de mostrar os órgãos genitais, geralmente contra a vontade da pessoa que observa. O ato de mostrar já é suficiente para o indivíduo obter prazer; ele não busca contato sexual direto com a pessoa para a qual se exibe. O **voyeurismo** é o impulso de obter prazer pela observação visual de uma pessoa que está tendo relação sexual, ou simplesmente está nua ou se despindo. A **pedofilia** é o desejo sexual por crianças ou púberes do sexo oposto; já a **pederastia** é o desejo sexual por crianças ou adolescentes do mesmo

sexo; e a **gerontofilia** é o desejo sexual por pessoas consideravelmente mais velhas que o indivíduo. Estes últimos se encaixam na chamada cronoinversão do desejo sexual. A **zoofilia** (ou bestialismo) é o desejo sexual dirigido a animais; a **necrofilia** (ou vampirismo), a cadáveres; e a **coprofilia** é a busca do prazer com o uso de excrementos no ato sexual.

- A **ninfomania** é o desejo sexual quantitativamente muito aumentado na mulher, e a **satiríase**, em nível muito aumentado no homem. Esses aumentos patológicos do desejo sexual ocorrem principalmente em indivíduos em fase maníaca do transtorno bipolar. Não é rara a **compulsão à masturbação**, vivenciada como intensa necessidade de realizar atividade masturbatória repetitiva, até mesmo praticada com desprazer. Outra compulsão sexual observável na clínica é a **compulsão a utilizar roupas íntimas do sexo oposto** (sobretudo entre homens que sentem compulsão a usar *lingerie*, a vestir-se, em segredo, como uma mulher). Tais indivíduos não são necessariamente homossexuais ou transexuais. São conhecidas também as **compulsões a utilizar clistéres** repetidamente e a introduzir objetos, como lâmpadas, potes de vidro, garrafas, etc., no ânus ou na vagina.

Não é rara a compulsão à masturbação, vivenciada como intensa necessidade de realizar atividade masturbatória repetitiva, até mesmo praticada com desprazer.

Outros impulsos e compulsões

- **Poriomania.** É o impulso e o comportamento de andar a esmo, viajar, “desaparecer de casa”, “ganhar o mundo”, como se diz na linguagem popular. Ocorre em pacientes esquizofrênicos (às vezes, por imaginar que está sendo perseguido e precisar “sumir do mapa”), em pessoas com quadros psico-orgânicos e nos deficientes mentais, etc.
- **Cleptomania** ou roubo patológico. É o ato impulsivo ou compulsivo de roubar, precedido geralmente de intensa ansiedade e apreensão, que apenas se alivia quando o indivíduo realiza o roubo. O valor econômico do objeto roubado não é o mais importante. O fundamental é o ato de roubar e a excitação e o prazer que isso produz no indivíduo. Uma forma freqüente de roubo patológico é aquela caracterizada por pequenos furtos em supermercados e lojas de departamentos (***shoplifting***). Embora, no passado, esse problema tenha sido verificado mais entre garotas adolescentes, menores de 18 anos, tem havido aumento entre adultos jovens do sexo masculino, em geral desempregados e socialmente desmoralizados. Um terço dos assaltantes apresenta algum diagnóstico psiquiátrico, com mais freqüência neuroses, transtornos psicossomáticos e transtornos da personalidade, e, eventualmente, psicoses e déficit mental (Sims, 1995).

Cleptomania ou roubo patológico é o ato impulsivo ou compulsivo de roubar, precedido geralmente de intensa ansiedade e apreensão, que apenas se alivia quando o indivíduo realiza o roubo.

- **Jogo patológico.** É a compulsão por jogos de azar, fazer apostas, especular com dinheiro, apesar de

prejuízos financeiros e sociais percebidos pelo sujeito (Abreu et al., 2008).

- **Compulsão por comprar**. É um tipo de compulsão observado mais freqüentemente nas últimas décadas. O indivíduo sente necessidade premente de comprar objetos, roupas, livros, CDs, etc. Compra de forma compulsiva, sem observar a utilidade, e sem ter necessidade ou poder utilizar adequadamente tais objetos. No momento em que realiza a compra, sente um certo alívio, que geralmente é de curta duração, seguindo-se sentimentos de culpa e arrependimento.
- **Compulsão por internet e videogames**. Recentemente um número crescente de pessoas passou a apresentar dependência grave pela internet (jogos, salas de bate-papo, *sites* eróticos e de compras, etc.). Parecem ser jovens com baixa autoestima, tímidos e com baixa proatividade (Abreu et al., 2008).
- **Negativismo**. É a oposição do indivíduo às solicitações do meio ambiente. Verifica-se uma resistência automática e obstinada a todos ou quase todos os pedidos que a equipe médica ou a família faz ao paciente. O indivíduo nega-se a colaborar nas condutas diagnósticas ou terapêuticas, opõe-se ao contato nas tentativas de relacionamento interpessoal. Na forma ativa, ou seja, no **negativismo ativo**, o paciente faz o oposto ao solicitado; na forma passiva, ou **negativismo passivo**, o paciente simplesmente nada faz quando solicitado pelo ambiente. O **mutismo**, como já mencionado, é freqüentemente uma forma de negativismo verbal. Observa-se o negativismo na esquizofrenia, principalmente na forma catatônica (associado à catalepsia e à flexibilidade cerácea), nos quadros depressivos graves, em alguns pacientes gravemente neuróticos e em alguns transtornos da personalidade. A **sitiofobia** é a recusa sistemática de alimentos, geralmente revelando negativismo profundo. O termo também é utilizado para designar a recusa de alimentos associada a quadros delirantes persecutórios (delírio de envenenamento) ou depressivos graves.

No negativismo ativo, o paciente faz o oposto ao solicitado; na forma passiva, ou negativismo passivo, o paciente simplesmente nada faz quando solicitado pelo ambiente.

- **Obediência automática**. É o oposto ao negativismo. Nesse caso, o indivíduo obedece automaticamente, como um robô teleguiado, às solicitações de pessoas que entrem em contato com ele. Há profunda alteração da atividade volitiva, na qual o indivíduo perde a autonomia e a capacidade de conduzir seus atos volitivos.

A obediência automática é o oposto ao negativismo. Nesse caso, o indivíduo obedece automaticamente, como um robô teleguiado, às solicitações de pessoas que entrem em contato com ele.

- **Fenômenos em eco (ecopraxia, ecolalia, ecomimia, ecografia)**. Neste caso, o indivíduo repete de forma automática, durante a entrevista, os últimos atos do entrevistador, suas palavras ou sílabas, reações mímicas ou escrita. Os fenômenos em eco revelam acentuada perda do controle da atividade voluntária e sua substituição por atos automáticos, sugeridos pelo ambiente circundante. Ocorrem na es-

quizofrenia catatônica e nos quadros psico-orgânicos.

- **Automatismo**. O termo automatismo apresenta alguns significados diferentes que, embora parecidos, têm algumas especificidades. Por um lado, refere-se aos sintomas psicomotores (movimentos de lábios, língua e deglutição, abotoar/desabotoar a roupa, deambular a esmo, etc.) associados à crise epiléptica do tipo parcial complexa, na qual há alteração do nível de consciência, geralmente acompanhada de **automatismos psicomotores**. De outro, há o termo **automatismo psíquico**, desenvolvido principalmente por Pierre Janet (1886), para quem o automatismo representa o surgimento de pensamentos, representações, lembranças e comportamentos apenas muito precariamente controlados pela atenção voluntária e pelos desejos conscientes do indivíduo. As forças voluntárias do comportamento decaem, deixando eclodir elementos psíquicos primitivos, espontâneos, automáticos. O **automatismo mental**, descrito pelo psiquiatra francês Clérambault [1920] (1995), refere-se a fenômenos psíquicos sentidos pelo paciente, mas não-reconhecidos por ele como provindo de sua personalidade por atribuí-los a uma ação externa. O doente se sente conduzido por forças e influências externas. De modo geral, os automatismos são decorrentes de estreitamento do campo da consciência.

ALTERAÇÕES DA PSICOMOTRICIDADE

Assim como o ato motor é o componente final do ato volitivo, as alterações da psicomotricidade freqüentemente são a expressão final de alterações da volição. Dessa forma, optou-se, neste livro, por abordar as alterações da psicomotricidade, assim como as de uma série de sinais motores neuropsiquiátricos no mesmo capítulo que trata das alterações da vontade.

> Assim como o ato motor é o componente final do ato volitivo, as alterações da psicomotricidade freqüentemente são a expressão final de alterações da volição.

Dentre todas as alterações da psicomotricidade, a **agitação psicomotora** é uma das mais comuns. Implica a aceleração e exaltação de toda a atividade motora do indivíduo, em geral secundária a taquipsiquismo acentuado. Comumente se associa à hostilidade e à heteroagressividade. A agitação psicomotora é um sinal psicopatológico muito freqüente e relativamente inespecífico, sendo vista todos os dias nos serviços de emergência e internação. Está associada a quadros maníacos, episódios esquizofrênicos agudos, quadros psico-orgânicos agudos (por intoxicação com substâncias, síndromes de abstinência, traumas cranioencefálicos, encefalopatias metabólicas, etc.), quadros paranóides em deficientes mentais e em indivíduos com síndromes demenciais.

Por sua vez, a **lentificação psicomotora** reflete a lentificação de toda a atividade psíquica (bradipsiquismo). Toda a movimentação voluntária torna-se lenta, difícil, "pesada", podendo haver período de latência entre uma solicitação ambiental e a resposta motora do paciente. O que se denomina classicamente em psicopatologia de **inibição psicomotora** é um estado acentuado e profundo de lentificação psicomotora, com ausência de respostas motoras adequadas, sem que haja paralisias ou déficit motor primário.

Já o **estupor** é a perda de toda a atividade espontânea, que atinge o indivíduo globalmente, na vigência de um nível de consciência aparentemente preservado e de

capacidade sensório-motora para reagir ao ambiente. Envolve toda a atividade voluntária, incluindo a comunicação verbal (mutismo), não-verbal, mímica, olhar, gesticulação e marcha. Em geral, o indivíduo em estupor fica restrito ao leito, acordado, porém sem reagir de modo algum ao ambiente. Suas reações ficam como se estivessem congeladas; o indivíduo chega a urinar e defecar no leito, não se alimenta voluntariamente e, se lá deixado, fatalmente irá falecer. Distinguem-se, quanto ao tônus muscular presente no quadro estuporoso, os subtipos hipertônico, com rigidez muscular (que é a forma mais freqüente), e hipotônico e flácido (mais raro e geralmente associado a transtornos psico-orgânicos).

> O indivíduo em estupor fica restrito ao leito, acordado, porém sem reagir de modo algum ao ambiente. Suas reações ficam como se estivessem congeladas; o indivíduo chega a urinar e defecar no leito, não se alimenta voluntariamente.

A **catalepsia** é um acentuado exagero do tônus postural, com grande redução da mobilidade passiva dos vários segmentos corporais e com hipertonia muscular global de tipo plástico. Na **flexibilidade cerácea**, o indivíduo, ou uma parte de seu corpo (braço, perna, cabeça), é colocado pelo examinador em determinada posição (mesmo posições muito desconfortáveis), e assim permanece, como se fosse um homem de cera, moldável por uma outra pessoa. A catalepsia e a flexibilidade cerácea são sintomas freqüentes na esquizofrenia catatônica.

A **cataplexia** é a perda abrupta do tônus muscular, geralmente acompanhada de queda ao chão. Está presente na narcolepsia (crises recorrentes de sono tipo REM no indivíduo desperto).

> A cataplexia é a perda abrupta do tônus muscular, geralmente acompanhada de queda ao chão. Está presente na narcolepsia (crises recorrentes de sono tipo REM no indivíduo desperto).

Estereotipias motoras são repetições automáticas e uniformes de determinado ato motor complexo, indicando geralmente marcante perda do controle voluntário sobre a esfera motora. O paciente repete o mesmo gesto com as mãos dezenas ou centenas de vezes em um mesmo dia. Observam-se as estereotipias motoras na esquizofrenia, sobretudo nas formas crônicas e catatônicas, assim como na deficiência mental.

O **maneirismo** é um tipo de estereotipia motora caracterizada por movimentos bizarros e repetitivos, geralmente complexos, que buscam certo objetivo, mesmo que esdrúxulo. Trata-se de alteração do comportamento expressivo (mímica, gestos, linguagem), em que a harmonia normal do conjunto de gestos do indivíduo é substituída por posturas e movimentos estranhos, exagerados, afetados ou bizarros. O paciente pega a colher de modo muito próprio e realiza gestos bizarros para levar a comida à boca. Ao falar com o enfermeiro, gesticula, faz caretas, encolhe os ombros de modo peculiar, faz rodopios com as mãos e movimenta a cabeça de forma afetada. Os maneirismos ocorrem em especial na esquizofrenia (predominantemente na forma catatônica), em formas graves de histeria e na deficiência mental.

Do ponto de vista motor, os **tiques** são atos coordenados, repetitivos, resultantes de contrações súbitas, breves e intermitentes, envolvendo geralmente um grupo de músculos que atua em suas relações sinérgicas normais. Acentuam-se muito com a ansiedade. Os tiques geralmente são reflexos condicionados, os quais surgiram associados a determinados estímulos emocionais ou físicos, mantendo-se de forma estereotipada, como um movimento involuntário. Podem ocorrer em indivíduos sem qualquer outra alteração mental e entre crianças ansiosas, submetidas a

Tiques múltiplos, motores e/ou vocais, podem indicar a presença do transtorno de Tourette.

estresse. Tiques múltiplos, motores e/ou vocais, podem indicar a presença do **transtorno de Tourette**. Os tiques ocorrem com mais freqüência em crianças que em adultos (Haerer, 1992).

Na **conversão**, há o surgimento abrupto de sintomas físicos (paralisias, anestesias, parestesias, cegueira, etc.), de origem psicogênica. A **conversão motora** (paralisias, contraturas conversivas, ataxias psicogênicas, etc.) ocorre geralmente em situação estressante, de ameaça ou conflito intrapsíquico ou interpessoal significativos para o indivíduo. Por exemplo, após discussão violenta com o marido, a esposa passa a apresentar-se paraplégica, não conseguindo mais andar, ou o marido, após ser descoberta a sua infidelidade conjugal, passa abruptamente a apresentar hemiplegia psicogênica. Segundo a teoria psicanalítica, a conversão expressa a representação simbólica de um conflito psíquico em termos de manifestações motoras (ou sensoriais). A conversão ocorre sobretudo na histeria e no transtorno da personalidade histriônica.

Segundo a teoria psicanalítica, a conversão expressa a representação simbólica de um conflito psíquico em termos de manifestações motoras (ou sensoriais). A conversão ocorre sobretudo na histeria e no transtorno da personalidade histriônica.

ALTERAÇÕES DA MARCHA

A **marcha do paciente histérico** é descrita como irregular, mutável, bizarra, podendo ter elementos de ataxia, espasticidade e outras alterações, mas raramente revela um padrão preciso e estável de determinada "marcha neurológica" (Quadro 17.4). Há muitos movimentos supérfluos e balancear exagerado de um lado para outro, arremessos das pernas e tremores das extremidades. Tem-se a impressão de que o paciente está prestes a cair, mas raramente ele cai, a não ser na presença de outros. Quando cai, em geral não se machuca gravemente. O exame neurológico para tônus, força muscular, coordenação motora e reflexos (estes principalmente) pode estar normal.

Alguns pacientes histéricos apresentam a **camptocormia**, que é o caminhar com o tronco fletido para a frente. Na **hemiplegia histérica**, o paciente em geral arrasta o pé "paralisado" sobre o solo, diferentemente da marcha ceifante do hemiplégico orgânico (que tem de fato uma paralisia espástica).

Os termos **astasia** e **abasia** foram muito utilizados no passado, no contexto da histeria. A **abasia** é a impossibilidade ou dificuldade para a marcha; e a **astasia**, a impossibilidade de ficar de pé quando não há razão orgânica para isso (utiliza-se atualmente também o termo **disbasia histérica**). Apresenta, então, astasia-abasia aquele paciente, em geral com histeria, que revela total ou parcial incapacidade de levantar-se e andar, apesar de não apresentar qualquer paralisia ou ataxia de origem orgânica.

A marcha de alguns **pacientes esquizofrênicos** é marcadamente bizarra, com maneirismos e estereotipias motoras variadas. Quando estão usando neurolépticos tradicionais, alguns pacientes psicóticos apresentam distonias de tronco ou membros, revelando marcha bizarra pelo componente distônico de sua postura. Alguns pacientes gravemente **deprimidos** apresentam marcha lentificada e difícil.

Alguns pacientes gravemente deprimidos apresentam marcha lentificada e difícil.

O padrão de marcha do paciente psiquiátrico deve ser

Quadro 17.4
Principais padrões de marchas neurológicas

Marcha espástica	O paciente caminha traçando com o membro inferior comprometido um semicírculo, daí o termo **"marcha ceifante"**. Nas paraplegias espásticas, de origem medular, o doente caminha com grande dificuldade, com passos curtos, arrastando os pés pelo chão.
Marcha atáxica das síndromes cordonais (ataxia sensitiva)	Aqui, o paciente, sem as informações proprioceptivas das sensibilidades profundas, caminha inseguro, tendo que olhar para o chão para tentar regularizar, por meio de informação visual, os movimentos descoordenados dos membros inferiores (a marcha piora muito ou é impossível com os olhos fechados). Os passos são desordenados; a marcha é insegura; e as pernas estão afastadas uma da outra. Projeta os membros inferiores com energia sobre o solo, tocando-o com o calcanhar (**marcha talonante**).
Marcha atáxica das síndromes cerebelares	O paciente necessita muito ampliar a base de sustentação para permanecer de pé. O andar é bastante vascilante, com a base de sustentação alargada e tendência à queda em qualquer direção. Ao solicitar ao paciente que ande em linha reta, ele apresenta desvios, como se estivesse embriagado (**marcha do tipo ebrioso**).
Marcha nas lesões vestibulares	A **marcha é insegura**; o doente apresenta desvio ou queda na direção do lado lesionado.
Marcha nas polineuropatias periféricas (álcool, arsênico)	Trata-se de marcha acompanhada de hiperestesia dolorosa nas plantas dos pés. O paciente caminha com pequenos passos, evitando apoiar todo o peso do corpo sobre os pés (**caminha** como se andasse sobre **areias escaldantes**).
Marcha das afecções extrapiramidais	Observa-se aqui uma **marcha em bloco**, como se o paciente fosse uma peça única. Os passos são curtos; e a marcha vagarosa. Às vezes, o doente se detém quando encontra um obstáculo irrisório ou quando há mudança na cor ou no tipo de piso.
Marcha nos quadros pseudobulbares	Trata-se de uma marcha de **pequenos passos**; o doente arrasta os pés e caminha com passos curtos e irregulares.
Marcha nas miopatias	Há, devido à atrofia da musculatura da cintura pélvica, **amplo afastamento das pernas**, lordose exagerada e movimentos oscilatórios dos quadris (marcha anserina).

comparado, a título de diagnóstico diferencial, com os principais padrões de marchas alteradas das doenças neurológicas (Quadro 17.4).

OUTRAS ALTERAÇÕES DA PSICOMOTRICIDADE E APRAXIAS

Na **hiperventilação psicogênica**, a respiração se acelera, fica quase imperceptível e é marcada por suspiros não-obstrutivos. Ocorre associada à ansiedade ou à situação estressante. Observa-se esse problema em portadores do transtorno de pânico, em pacientes histéricos e, de modo geral, em indivíduos muito ansiosos. Pode produzir alcalose respiratória (Bassitt, 1998).

Na hiperventilação psicogênica, a respiração se acelera, fica quase imperceptível e é marcada por suspiros não-obstrutivos. Ocorre associada à ansiedade ou à situação estressante.

Apragmatismo (ou hipopragmatismo) é a dificuldade ou incapacidade de realizar condutas volitivas e psicomotoras minimamente complexas, como cuidar da higiene pessoal, limpar o quarto, participar de trabalhos domésticos, envolver-se em qualquer tipo de atividade produtiva para si ou para seu meio. O apragmatismo resulta de alteração básica das esferas volitivas e afetivas (está geralmente associado a hipobulia, apatia e desorganização psíquica geral), não havendo incapacidade neuropsicológica de realizar os atos motores complexos. Não deve, portanto, ser confundido com a apraxia (perda da atividade gestual complexa por lesão neuronal). O hipopragmatismo é uma alteração freqüente em pacientes psicóticos crônicos, representando um desafio à reabilitação. No caso de alguns pacientes esquizofrênicos crônicos e graves, já ao cumprimentá-los, nota-se que seu aperto de mão é "sintomático", pois não apertam propriamente a mão do outro, tocam-na apenas com as pontas dos dedos (**mão ateleiótica**, de *atelès*, no grego; sem fim, inacabado, imperfeito) (Van Den Berg, 1970).

O hipopragmatismo é uma alteração freqüente em pacientes psicóticos crônicos, representando um desafio à reabilitação.

A **apraxia** é a impossibilidade ou a dificuldade de realizar atos intencionais, gestos complexos, voluntários, conscientes, sem que haja paralisias, paresias ou ataxias, e sem que faltem também o entendimento da ordem para fazê-lo ou a decisão de fazê-lo. Além disso, a incapacidade de realizar o ato motor complexo deve ocorrer na ausência de perturbações da capacidade de compreensão, reconhecimento e manipulação instrumental dos objetos (agnosias e afasias). A apraxia decorre sempre de lesões neuronais, geralmente corticais.

A **apraxia ideativa** (apraxia no uso de objetos) é a incapacidade de usar objetos comuns de forma adequada, ou a incapacidade de realizar movimentos seqüenciais apesar de conservar a capacidade para

Quadro 17.5
Tipos de apraxia segundo o hemisfério cerebral lesado

Lesão no hemisfério esquerdo	Apraxia ideativa Apraxia ideomotora
Lesão no hemisfério direito	Apraxia construcional Apraxia de vestimenta

executar os movimentos individuais (que fazem parte daquela seqüência de movimentos). A **apraxia ideomotora** é a incapacidade de completar um ato de forma voluntária em resposta a uma ordem verbal. O mesmo ato, entretanto, pode ser realizado pelo paciente de modo espontâneo. Tanto a apraxia ideativa como a ideomotora são resultantes geralmente de lesão no hemisfério esquerdo. A **apraxia construcional** é a incapacidade de construir figuras geométricas, montar quebra-cabeças ou desenhar um cubo ou outras figuras geométricas. A **apraxia de vestimenta** é a perda da capacidade para vestir-se, mantendo-se as capacidades motoras simples e a cognição global. Tanto a apraxia construcional como a de vestimenta resultam geralmente de lesões no hemisfério direito.

Tanto a apraxia ideativa como a ideomotora são resultantes geralmente de lesão no hemisfério esquerdo.

A **apraxia da marcha** é a incapacidade para iniciar o movimento espontaneamente e organizar a atividade gestual da marcha, ocorrendo com freqüência a marcha em pequenos passos *(petit pas)*. A apraxia da marcha resulta de lesões dos lobos frontais e subcorticais e de alterações associadas à hidrocefalia de pressão normal.

ALTERAÇÕES MOTORAS RELACIONADAS AO USO DE PSICOFÁRMACOS E A DOENÇAS NEUROLÓGICAS

No diagnóstico diferencial das alterações psicomotoras próprias dos transtornos mentais, deve-se considerar dois grandes grupos de alterações motoras: as decorrentes do uso de psicofármacos e as resultantes de doenças neurológicas.

No diagnóstico diferencial das alterações psicomotoras próprias dos transtornos mentais, deve-se considerar dois grandes grupos de alterações motoras: as decorrentes do uso de psicofármacos e as resultantes de doenças neurológicas.

Os **psicofármacos**, principalmente os neurolépticos de primeira geração (haloperidol, clorpromazina, flufenazina, etc.) utilizados no tratamento das psicoses, produzem uma série de alterações no tônus muscular, na postura e na movimentação voluntária e involuntária.

Da mesma forma, são descritos pela semiologia neurológica diversos movimentos involuntários decorrentes de **lesões neuronais**. Tais alterações são resumidas nos Quadros 17.7 a 17.9.

A avaliação global da volição e psicomotricidade é apresentada no Quadro 17.10.

Quadro 17.6
Semiotécnica resumida da apraxia

As apraxias são pesquisadas solicitando ao paciente comandos simples como: **feche os olhos, lamba os seus lábios**. Pedir ao paciente que realize, com a mão direita (e depois com a esquerda), ações como: **fazer de conta que irá pentear os cabelos, escovar os dentes, cortar as unhas**, etc. É possível também pesquisar o uso de objetos solicitando ao paciente que imite o ato de acender um fósforo ou usar o telefone.

Solicitar ao paciente que desenhe um cubo, que tire e vista novamente sua camisa e seus sapatos. Avaliar e descrever cuidadosamente seu desempenho nessas tarefas.

Quadro 17.7

Alterações motoras associadas ao uso de psicofármacos (principalmente neurolépticos) (adaptado de Haerer, 1992; Bassitt, 1998)

Efeito colateral motor	Descrição
Parkinsonismo medicamentoso	Rigidez, hipocinesia, tremores (de repouso e postural), dificuldade de deglutição com conseqüente acúmulo de saliva na boca, sinal da roda denteada.
Distonia aguda	Contração muscular lenta, sustentada e, geralmente, dolorosa. Manifesta-se como posturas distorcidas de membros e tronco, crise oculógira ou torcicolo, opistótono, protusão da língua, deslocamento lateral da mandíbula ou espasmo laríngeo.
Acatisia	Inquietação motora, necessidade de andar de um lado para outro, incapacidade de manter posições, geralmente acompanhada de movimentos de cruzar as pernas, bater os pés, balançar o tronco quando sentado e andar no lugar quando de pé. Há sensação subjetiva de desconforto, inquietação e ansiedade.
Síndrome do coelho	Trata-se de tremor fino e rápido (5 Hz) que envolve os lábios e, eventualmente, a língua.
Discinesia tardia	Conseqüente ao uso prolongado de neurolépticos, que se expressa por movimentos bucolinguomastigatórios e movimentos coreoatetóicos de membros e tronco. São característicos os movimentos da região oral, do tipo mastigar, beijar e franzir. Deve ter havido o uso de neurolépticos por, pelo menos, três meses.
Distonia tardia e acatisia tardia	Quadro clínico semelhante ao da distonia e da acatisia aguda, mas decorrente do uso prolongado de neurolépticos e, geralmente, persistente por longo período após a retirada do medicamento.
Tourette tardio	É um quadro semelhante ao do transtorno de Tourette, mas decorrente do uso prolongado de neurolépticos. Ocorrem tiques motores múltiplos e complexos, tiques vocais e, mais raramente, coprolalia.

Quadro 17.8

Fármacos e substâncias químicas implicados na produção de movimentos involuntários

Fármacos	Neurolépticos, antidepressivos tricíclicos, antidepressivos do tipo ISRS, levodopa, metoclopramida, cafeína, fenitoína, estrógenos, cloroquina, lítio
Substâncias químicas	Manganês, dissulfito de carbono, monóxido de carbono

Quadro 17.9
Movimentos involuntários decorrentes de doenças neurológicas (modificado de Sanvito, 1981; Haerer, 1992)

Movimento involuntário	Descrição
Tremores	Série de movimentos involuntários, rítmicos (3-20 Hz), regulares, oscilatórios, sem finalidade. Tremor de repouso ou estático ocorre nas síndromes parkinsonianas; o tremor postural ou tensional, nos quadros de ansiedade (também nas síndromes parkinsonianas) e o tremor cinético ou intencional é observado nos quadros cerebelares e espinocerebelares. Causas comuns de tremores são: estado de ansiedade, síndromes parkinsonianas, alcoolismo, hipertireoidismo, níveis tóxicos de lítio e síndromes cerebelares.
Tiques	Atos repetitivos, involuntários, resultantes de contrações súbitas, breves e intermitentes, envolvendo um grupo de músculos que atuam em suas relações sinérgicas normais. São acentuados com ansiedade e tensão.
Mioclonias	Contrações abruptas, breves, rápidas, arrítmicas, assinérgicas e involuntárias, envolvendo porções de músculos ou músculos inteiros ou grupos de músculos, independentemente de suas associações funcionais.
Mioquimias	Movimentos espontâneos, transitórios ou persistentes que afetam poucos feixes musculares, em um único músculo, mas geralmente não são extensivos o suficiente para produzir movimentação de parte do corpo. Pode ser fisiológico ou associado com fadiga ou exaustão.
Fasciculações e fibrilações	Contrações finas e rápidas que implicam um feixe muscular ou um fascículo de fibras musculares. Em geral, não são contrações extensas o suficiente para causar movimento, exceto ocasionalmente nos dedos. Associadas à amiotrofia, geralmente resultante de afecções dos neurônios do corno anterior da medula.
Coréia	Movimentos sem finalidade, irregulares, bruscos, breves e arrítmicos, geralmente de grande amplitude e de caráter explosivo. Ocorre em qualquer segmento corporal, mas sobretudo nas articulações distais dos membros, na face e na língua. Em geral há padrão irregular de movimentos multiformes, constantemente mutáveis em diferentes partes do corpo.
Atetose	Movimentos lentos, ondeantes, às vezes serpentiformes, irregulares e arrítmicos, que se sucedem de forma contínua. Ocorrem preferencialmente nas extremidades distais dos membros, podendo atingir também o pescoço, a região inferior da face e a língua.
Balismo e hemibalismo	Movimentos de grande amplitude, ritmados, rápidos e abruptos. Localizam-se de modo predominante nos segmentos proximais dos membros, dando a impressão de que o paciente "arremessa" o membro em várias direções. Em geral, ocorre como hemibalismo (unilateral), decorrente de lesão do núcleo subtalâmico de Luys.
Distonia	Contrações musculares lentas e intensas, podendo ocorrer torções no tronco, no pescoço e na cabeça. Às vezes, são dolorosas e possuem aspecto bizarro.
Espasmos	Contratura muscular intensa, involuntária, implicando geralmente um grupo muscular localizado em determinada região corporal.
Cãibras	Espasmos musculares dolorosos que ocorrem geralmente em resposta à forte contração muscular. Costumam ser aliviadas por manobras que produzem o estiramento do músculo acometido.

Quadro 17.10
Semiotécnica da volição e da psicomotricidade

- O paciente vem à consulta por iniciativa própria ou é trazido por alguém?
- A atitude geral do paciente é passiva ou ativa? Colabora com o entrevistador, é indiferente ou se opõe a ele?
- Como são os seus movimentos espontâneos? Seus gestos são lentos e "difíceis" ou rápidos e "fáceis"? Anda de um lado para outro? Esfrega as mãos? Mexe as pernas inquietamente?
- Como é sua mímica de repouso?
- O tom da voz é alto, baixo ou estridente?
- Fala espontaneamente ou apenas quando solicitado?
- Mostra-se hostil, contrariado, agressivo? Parece ter dificuldades em controlar seus impulsos?
- O paciente parece estar pronto a explodir a qualquer momento?
- Faz movimentos inadequados? Faz movimentos ou gestos bizarros?
- O paciente parece ter dificuldade em controlar suas emoções?

Pragmatismo: O que você tem feito nos últimos dias e semanas? Tem sido capaz de trabalhar ou estudar no último mês? O que você tem sido capaz de fazer? Tem dificuldade em terminar o que começa? O que faz para se divertir?

Impulsividade (perguntar ao paciente mas, sobretudo, aos acompanhantes): Ele (você) responde sem pensar? Interrompe com freqüência os outros? Não consegue esperar a sua vez? Tem pavio curto, é explosivo? Descreva suas explosões.

Julgamento e sentimento moral: Se você encontrasse um envelope endereçado e selado em uma calçada, o que faria? Se encontrasse uma carteira com dinheiro e uma carteira de identidade em uma calçada, o que faria?

Questões de revisão

- Descreva e estabeleça a diferença entre vontade, instinto, pulsão, desejo, necessidade e motivação.
- Defina ato volitivo e caracterize as etapas do processo volitivo.
- Qual a relação entre certas estruturas cerebrais e processos psicológicos envolvidos em julgamentos e comportamentos morais?
- Estabeleça a diferença entre os atos impulsivo e compulsivo. Quais os tipos de compulsões e atos impulsivos patológicos?
- Quando o investigador deve avaliar os impulsos suicidas?
- Cite e caracterize brevemente os impulsos e compulsões relacionados a substâncias ou alimentos, desejo e comportamento sexual.
- Cite e caracterize os diferentes tipos de alterações da psicomotricidade.
- Quais são as principais alterações motoras associadas ao uso de psicofármacos?

18

O pensamento e suas alterações

> Eu sou, eu existo; isso é certo; mas por quanto tempo? A saber, por todo o tempo em que eu penso; pois poderia ocorrer que, se eu deixasse de pensar, eu deixaria ao mesmo tempo de ser ou de existir. Agora eu nada admito que não seja necessariamente verdadeiro: portanto, eu não sou, precisamente falando, senão uma coisa que pensa [...]
>
> *Descartes (*Segunda meditação*, 1641)*

DEFINIÇÕES BÁSICAS

Devem-se inicialmente distinguir os **elementos constitutivos do pensamento**, que, segundo a tradição aristotélica, são **o conceito, o juízo e o raciocínio**, das diferentes dimensões do **processo de pensar**, delimitadas como **curso, forma e conteúdo** do pensamento.

Sem entrar em questões filosóficas mais amplas, pode-se, didaticamente, afirmar que o pensamento se constitui a partir de elementos sensoriais, que, embora não sejam propriamente intelectivos, podem fornecer substrato para o processo do pensar: são as imagens perceptivas e as representações (presentes no Cap. 14).

Desde Aristóteles, os elementos propriamente intelectivos do pensamento dividem-se em três operações básicas: os conceitos, os juízos e o raciocínio.

Desde Aristóteles, os **elementos propriamente intelectivos** do pensamento dividem-se em três operações básicas: os **conceitos**, os **juízos** e o **raciocínio**.

CONCEITOS

Os **conceitos** se formam a partir das representações. Ao contrário das percepções (e, em certo sentido, também das representações), o conceito não apresenta elementos de sensorialidade, não sendo possível contemplá-lo, nem imaginá-lo. Trata-se de um elemento puramente cognitivo, intelectivo, não tendo qualquer resquício sensorial. Não é possível visualizar um conceito, ouvi-lo ou senti-lo. Nos **conceitos**, exprimem-se apenas os caracteres mais gerais dos objetos e dos fenômenos.

O conceito não apresenta elementos de sensorialidade, não sendo possível contemplá-lo, nem imaginá-lo. Trata-se de um elemento puramente cognitivo, intelectivo.

Para a formação dos conceitos, são necessários dois passos fundamentais:

- **Eliminação dos caracteres de sensorialidade**. Estes caracteres ainda marcam essencialmente as

representações. Por exemplo, quando se representa uma cadeira, ela ainda é visualizada mentalmente, imagina-se uma cadeira preta, de madeira, bonita ou feia, etc. Essa representação de cadeira ainda tem forte aspecto sensorial. Quando se conceitualiza cadeira como um objeto de quatro pés, móvel utilizado para sentar, suprime-se a dimensão sensorial (no caso, aqui, visual), ficando apenas a dimensão puramente conceitual.

- **Generalização**. Quando, por exemplo, se pensa em "cadeira" como conceito, tal conceito é válido para qualquer tipo de cadeira, seja a usada em casa, a cadeira de trabalho, a cadeira de criança, etc. Assim, o conceito resulta da síntese, por abstração e generalização, de um número considerável de fenômenos singulares.

O conceito é o elemento estrutural básico do pensamento, nele se exprimem os caracteres essenciais dos objetos e fenômenos da natureza.

Há um debate na psicologia moderna (Gazzania; Heatherton, 2005) se as representações são de fato "imagens", tais como "fotografias" armazenadas na mente humana, ou se são "representações proposicionais". Nessa linha, a representação proposicional de uma mesa não seria a imagem-fotografia de uma mesa genérica no cérebro, mas as proposições, quase sempre de natureza lingüística, associadas a idéias de mesa. Assim, ao evocar a representação visual de uma mesa, não viria à mente uma massa visual neutra, sem sentido utilitário, mas um objeto que, tendo quase sempre uma tampa plana, quatro ou três pés de sustentação, de madeira ou plástico, requisita algo que é construído culturalmente e com significado lingüístico. Estudos cognitivos e de neuroimagem têm reforçado a idéia de que, em diferentes contextos e para objetos distintos, ambos os modos de constituir representações ocorrem na mente humana.

JUÍZOS

Formar juízos é o processo que conduz ao estabelecimento de relações significativas entre os conceitos básicos. O juízo consiste, a princípio, na afirmação de uma relação entre dois conceitos. Por exemplo, ao tomar-se os conceitos "cadeira" e "utilidade" (ou seja, qualidade de ser útil), pode-se formular o seguinte juízo: a cadeira é útil. Tal juízo estabelece determinada relação entre esses dois conceitos. Portanto, o juízo tem, por função básica, formular uma relação unívoca entre um sujeito e um predicado. Na dimensão lingüística, os conceitos se expressam geralmente por palavras; e os juízos, por frases ou proposições.

> O juízo consiste, a princípio, na afirmação de uma relação entre dois conceitos.

RACIOCÍNIO

A função que relaciona os juízos recebe a denominação de raciocínio. O processo do raciocínio representa um modo especial de ligação entre conceitos, de seqüência de juízos, de encadeamento de conhecimentos, derivando sempre uns dos outros. Assim como a ligação entre conceitos permite a formação de juízos, a ligação entre juízos conduz à formação de novos juízos. Dessa forma, o raciocínio e o próprio pensamento se desenvolvem.

> O processo do raciocínio representa um modo especial de ligação entre conceitos, de seqüência de juízos, de encadeamento de conhecimentos, derivando sempre uns dos outros.

O PROCESSO DO PENSAR

Outra forma de analisar o pensamento, como **processo do pensar**, é distinguindo os seguintes aspectos ou momentos do pensamento: o **curso** do pensamento, a **forma** ou estrutura do pensamento e o **conteúdo** ou temática do pensamento.

> No processo de pensar distinguem-se: o curso do pensamento, a forma ou estrutura do pensamento e o conteúdo ou temática do pensamento.

O **curso do pensamento** é o modo como o pensamento flui, a sua velocidade e seu ritmo ao longo do tempo. Já a **forma do pensamento** é a sua estrutura básica, sua "arquitetura", preenchida pelos mais diversos conteúdos e interesses do indivíduo. Por sua vez, o **conteúdo do pensamento** pode ser definido como aquilo que dá substância ao pensamento, os seus temas predominantes, o assunto em si. Há tantos conteúdos de pensamento quantos são os temas de interesse do ser humano.

ALTERAÇÕES DOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO PENSAMENTO

Alterações dos conceitos

Desintegração dos conceitos

Ocorre quando os conceitos sofrem um processo de perda de seu significado original. Segundo Paim (1986), os conceitos se desfazem, e uma mesma palavra passa a ter significados cada vez mais diversos. A idéia de determinado objeto e a palavra que normalmente a designa passam a não mais coincidir. É comum, na desintegração dos conceitos, que o sujeito passe a utilizar as palavras de forma totalmente pessoal e idiossincrática. Para um paciente de Paim (1986), a palavra "ateu" deixa de significar "descrente de Deus" para significar justamente o seu oposto, pois subverte o seu sentido interpretando que ateu significa "a teu comando", ou seja, "a comando de Deus, crente". A desintegração dos conceitos é bastante característica da esquizofrenia e pode ocorrer também nas síndromes demenciais.

> A desintegração dos conceitos é bastante característica da esquizofrenia e pode ocorrer também nas síndromes demenciais.

Condensação dos conceitos

Ocorre quando dois ou mais conceitos são fundidos, o paciente involuntariamente condensa duas ou mais idéias em um único conceito, que se expressa por uma nova palavra. No plano da linguagem, as desintegrações e as condensações dos conceitos são designadas neologismos, ou seja, palavras inteiramente novas ou palavras conhecidas recebendo significados novos, completamente idiossincráticos.

Alterações dos juízos

Juízo deficiente ou prejudicado

É um tipo de juízo falso que se estabelece porque a elaboração dos juízos é prejudicada por deficiência intelectual e pobreza cognitiva do indivíduo. Aqui, os conceitos são inconsistentes; e o raciocínio, pobre e defeituoso. Os juízos são por demais simplistas, concretos e sujeitos à influência do meio social. Às vezes, é difícil diferenciar um juízo deficiente de um delírio. De modo geral, os erros de juízo por deficiência não são persistentes e irredutíveis, mudam com facilidade e variam sua temática a todo momento.

Juízo de realidade ou delírio

As alterações do **juízo de realidade** ou **delírio** são, de fato, as alterações do juízo

mais importantes em psicopatologia. Por sua importância e extensão, esse tema será tratado em capítulo específico.

Alterações do raciocínio e do estilo de pensar

O que caracteriza o pensamento normal é ser regido pela lógica formal e orientar-se segundo a realidade e os princípios de racionalidade da cultura na qual o indivíduo se insere.

Antes de entrar na descrição das diversas formas de pensar alterado, convém descrever as regras básicas e o funcionamento normal do pensamento. O que caracteriza o **pensamento normal** é ser regido pela lógica formal e orientar-se segundo a realidade e os princípios de racionalidade da cultura na qual o indivíduo se insere.

Segundo a visão aristotélica, os **princípios básicos do pensamento lógico-formal** que orientam o pensamento tido como normal são:

1. **Princípio da identidade**. Também é denominado **princípio da não-contradição**. Trata-se de um princípio muito simples e essencial do pensamento lógico, o qual afirma que: se A é A, e B é B, logo, A não pode ser B.
2. **Princípio da causalidade**. Este princípio afirma que se A é causa de B, A não pode ser ao mesmo tempo efeito de B; ou, dito de outra forma, se A é causa de B, então B não pode ser ao mesmo tempo causa de A. Também faz parte do princípio de causalidade a regra segundo a qual, sendo as condições mantidas, as mesmas causas devem produzir os mesmos efeitos.
3. **Lei da parte e do todo**. Este princípio discrimina rigorosamente a parte do todo; se A é parte de B, então B não pode ser parte de A. Assim, se o Brasil é uma parte da América do Sul, então a América do Sul não pode ser uma parte do Brasil.

Esses princípios receberam tratamento crítico e, em certa medida, foram superados pelo desenvolvimento da dialética hegeliana. De acordo com o filósofo Hegel, as principais leis da dialética que se contrapõem aos princípios da lógica aristotélica são:

1. Lei da transformação da quantidade em qualidade.
2. Toda afirmação encerra em si mesma o princípio de sua negação.
3. Tudo é, a um só tempo, causa e efeito de si mesmo.

Além disso, a história da ciência e do conhecimento manifesta dois outros tipos básicos de pensamento: **indutivo** e **dedutivo**. O **pensamento** ou **método indutivo** parte da observação dos fatos elementares, da experimentação e da comparação entre fenômenos para chegar a conclusões e concepções mais gerais, a hipóteses explicativas e classificações mais amplas. O **pensamento** ou **método dedutivo** parte de esquemas, axiomas, definições e teoremas já bem-arquitetados, para, por meio de demonstrações lógicas, deduzir a sua verdade. Além disso, presta-se mais às ciências matemáticas, à lógica formal. Já o método indutivo é mais adequado às ciências naturais e, em parte, às ciências sociais.

Define-se **intuição** ou **pensamento intuitivo** como a apreensão de uma realidade de forma direta e imediata. Trata-se de um tipo de conhecimento primário, independente da percepção sensorial (Alho Filho, 1995). Para o filósofo Henry Bergson (1984), a intuição é uma forma de conhecimento de natureza oposta ao pensamen-

to racional, que capta a interioridade das coisas, inclusive aquilo que é impossível ou muito difícil de ser expresso por palavras. Vários erros e vieses comuns têm sido identificados pelos neuropsicólogos. O **viés de confirmação** diz respeito à busca ativa e seletiva que um sujeito faz no sentido de confirmar hipóteses (ou preconceitos) falsas ou sem fundamento. Há, assim, uma tendência nas pessoas em distorcer inconscientemente os dados e as percepções da realidade para confirmar hipóteses previamente formuladas no início de um raciocínio.

Há, assim, uma tendência nas pessoas em distorcer inconscientemente os dados e as percepções da realidade para confirmar hipóteses previamente formuladas no início de um raciocínio.

TIPOS ALTERADOS DE PENSAMENTO

O tipo e o estilo de pensamento comum de um indivíduo não acometido por doença mental são apenas precariamente lógicos. Normalmente as pessoas tendem a utilizar estereótipos, as decisões são tomadas sem as evidências fatuais necessárias, havendo um salto de impressões vagas para conclusões aparentemente certas. Uma série de crenças preconceituosas, sociais ou pessoais, é mantida de forma insistente por um número considerável de pessoas (Yager; Gitlin, 1995). Tudo isso torna difícil a discriminação entre pensamento normal e patológico, principalmente no que concerne aos tipos de pensamento e estilo de pensar. De qualquer forma, a psicopatologia registra uma série de tipos de pensamento comumente associados a estados mentais alterados e transtornos psiquiátricos.

Uma série de crenças preconceituosas, sociais ou pessoais, é mantida de forma insistente por um número considerável de pessoas (Yager; Gitlin, 1995). Tudo isso torna difícil a discriminação entre pensamento normal e patológico.

Pensamento mágico

É o tipo de pensamento que fere frontalmente os princípios da lógica formal, bem como os indicativos e imperativos da realidade. O pensamento mágico segue os desígnios dos desejos, das fantasias e dos temores, conscientes ou inconscientes, do sujeito, adequando a realidade ao pensamento, e não o contrário. O antropólogo inglês James Frazer [1911] (1982) estudou a magia em distintas culturas. Embora suas teses antropológicas não sejam mais aceitas, algumas de suas definições são úteis do ponto de vista didático. Ele sugeriu algumas leis e particularidades do ato e do pensamento mágico:

1. **Lei da contiguidade**. É a base da **magia de contágio**, que utiliza o preceito de que "coisas que estiveram em contato continuam unidas". Assim, se o ato mágico agir sobre um objeto que pertenceu a uma pessoa (roupa, adorno, móvel, etc.), há a crença de que estará, de fato, agindo sobre a própria pessoa (p. ex., ao queimar uma camisa da pessoa estará "queimando" a própria pessoa).
2. **Lei da similaridade**. É a base da chamada **magia imitativa**. Nesse caso, domina a idéia de que "o semelhante produz o semelhante". A ação ou o pensamento mágico pensa produzir efeito desejado por imitação da ação real. Por exemplo, ao queimar um boneco com alguma semelhança com um inimigo, estará queimando o próprio inimigo.

O pensamento mágico pressupõe que a uma relação puramente subjetiva de

idéias corresponda uma associação objetiva de fatos. As associações fortuitas, ocasionais, entre idéias seriam equivalentes a relações realmente causais entre os fenômenos (Montero, 1990). O pensamento mágico seria mais comum entre as crianças (embora nelas, de modo geral, predomine uma visão realista). Também pode-se verificar a ocorrência de tal forma de pensar em alguns transtornos da personalidade, como os transtornos esquizotípico, histriônico, *borderline* e narcisista. Nos quadros obsessivo-compulsivos, ocorrem com freqüência pensamentos mágicos e rituais compulsivos dominados pelas leis da magia. Na esquizofrenia e na histeria, também podem ser detectados pensamentos mágicos.

Nos quadros obsessivo-compulsivos, ocorrem com freqüência pensamentos mágicos e rituais compulsivos dominados pelas leis da magia. Na esquizofrenia e na histeria, também podem ser detectados pensamentos mágicos.

Pensamento dereístico

O pensamento dito dereístico, algo semelhante ao pensamento mágico, é um tipo de pensamento que se opõe marcadamente ao pensamento realista, o qual se submete à lógica e à realidade. Aqui, o pensamento só obedece à lógica e à realidade naquilo que interessa ao desejo do indivíduo, distorcendo a realidade para que esta se adapte aos seus anseios. No pensamento dereístico, o pensar volta-se muito mais ao mundo interno do sujeito, suas fantasias e seus sonhos, manifestando-se como um devaneio, no qual tudo é possível e favorável ao indivíduo. A pseudologia fantástica e a mitomania (discutidas no Cap. 19) implicam boa dose de pensamento dereístico.

Na língua inglesa, utiliza-se o termo ***wishful thinking*** (tomar o desejo pela realidade) para indicar a identificação errônea dos próprios desejos com a realidade, o conjunto de crenças adotadas pelo indivíduo, crenças estas baseadas mais nos desejos que em fatos, ou seja, um aspecto do pensamento dereístico. Pode ocorrer nos transtornos da personalidade (esquizotípica, histriônica, *borderline*, narcisista, etc.), na esquizofrenia, na histeria e, eventualmente, em crianças e adolescentes (e mesmo em adultos) normais.

Pensamento concreto ou concretismo

Trata-se de um tipo de pensamento no qual não ocorre a distinção entre dimensão abstrata e simbólica e dimensão concreta e imediata dos fatos. O indivíduo não consegue entender ou utilizar metáforas, o pensamento é muito aderido ao nível sensorial da experiência. Faltam, ao pensamento concreto, aspectos do desenvolvimento do pensamento, como a ironia, o subentendido, o duplo sentido, bem como categorias abstratas de modo geral. Tanto os indivíduos com deficiência mental (principalmente) como os pacientes dementados e esquizofrênicos graves podem apresentar concretismo.

No pensamento concreto não ocorre a distinção entre dimensão abstrata e simbólica e dimensão concreta e imediata dos fatos. O indivíduo não consegue entender ou utilizar metáforas, o pensamento é muito aderido ao nível sensorial da experiência.

Pensamento inibido

Aqui ocorre a inibição do raciocínio, com diminuição da velocidade e do número de conceitos, juízos e representações utilizados no processo de pensar, tornando-se o pensamento lento, rarefeito, pouco produtivo à medida que o tempo flui. Ocorre em quadros demenciais e depressivos graves.

Pensamento vago

As relações conceituais, a formação dos juízos e a concatenação destes em raciocínios são caracterizadas pela imprecisão. O paciente expõe um pensamento muito ambíguo, podendo mesmo parecer obscuro. Não há propriamente o empobrecimento do pensamento, mas, antes, a marcante falta de clareza e precisão no raciocínio. O pensamento vago pode ser um sinal inicial da esquizofrenia ou ocorrer em quadros demenciais iniciais, transtornos da personalidade (p. ex., esquizotípica) e neuroses graves.

Pensamento prolixo

Aqui, o paciente não consegue chegar a qualquer conclusão sobre o tema de que está tratando, senão após muito tempo e esforço. O paciente dá longas voltas ao redor do tema, e mescla, de forma imprecisa, o essencial com o supérfluo. Há dificuldade em obter construção direta, clara e acabada, além de notável falta de capacidade de síntese. A **tangencialidade** (pensamento tangencial) e a **circunstancialidade** (pensamento circunstancial) são tipos de pensamento prolixo.

No pensamento prolixo, o paciente dá longas voltas ao redor do tema, e mescla, de forma imprecisa, o essencial com o supérfluo.

A **tangencialidade** ocorre quando o paciente responde às perguntas de forma oblíqua e irrelevante, não sabendo discriminar o supérfluo do essencial. Tratam-se de respostas que apenas tangenciam aquilo que foi perguntado, **nunca chegando ao ponto central**, ao objetivo final, sem concluir algo de substancial.

A **circunstancialidade** descreve o raciocínio e a digressão do paciente como "rodando em volta do tema", sem entrar nas questões essenciais e decisivas. Entretanto, **eventualmente o paciente alcança o objetivo de seu raciocínio**. Em alguns casos, a conversa torna-se uma "massa de parênteses e cláusulas subsidiárias" (Sims, 1995). Esses tipos de pensamento ocorrem em pacientes com transtornos da personalidade (associado à epilepsia com crises parciais-complexas ou a patologias do lobo temporal), em indivíduos com lesões cerebrais, em deficientes mentais limítrofes, naqueles que se acham no início de um processo esquizofrênico e em alguns neuróticos graves (incluindo pacientes com quadros obsessivo-compulsivos, que, devido ao excesso de detalhes e atalhos colaterais, não conseguem desenvolver adequadamente suas idéias).

Pensamento deficitário (ou oligofrênico)

É um pensamento de estrutura pobre e rudimentar. O indivíduo tende ao raciocínio concreto; os conceitos são escassos e utilizados em sentido mais literal que abstrato ou metafórico. A abstração apenas ocorre com dificuldade, sem consistência ou grande alcance. Não há falta, porém, da generalização e da utilização da memória, sempre vinculadas às necessidades mais imediatas do sujeito. Há pouca flexibilidade na aplicação de regras e conceitos aprendidos. Não há distinção pormenorizada e precisa de categorias como essencial e supérfluo; necessário ou acidental; causa e efeito; o todo e as partes; o real e o imaginário; o concreto e o simbólico.

No pensamento deficitário não há distinção pormenorizada e precisa de categorias como essencial e supérfluo; necessário ou acidental; causa e efeito; o todo e as partes; o real e o imaginário; o concreto e o simbólico.

A memorização de determinados conteúdos ou temas (números telefônicos, nomes de

A extensa memorização mecânica é denominado ilhotas de memória, ocorrendo geralmente em deficientes mentais e autistas, que, em função de tal habilidade, eram chamados de idiotas-sábios (atualmente *savant*).

pessoas, ruas, tipos de carros, etc.) pode ser muito extensa e numerosa, porém é mecânica e rígida. Esse fenômeno de extensa memorização mecânica é denominado **ilhotas de memória**, ocorrendo geralmente em deficientes mentais e autistas, que, em função de tal habilidade, eram chamados de idiotas-sábios (atualmente ***savant***). A compreensão e a explicação de fatos complexos da vida é sempre difícil, e o paciente apreende apenas a realidade de forma vaga e simplificada.

Pensamento demencial

Trata-se também de pensamento pobre, porém tal empobrecimento é desigual, ao contrário do que ocorre no pensamento deficitário, no qual o empobrecimento é mais homogêneo. Em certos pontos, o pensamento demencial pode revelar elaborações mais ou menos sofisticadas, embora de forma geral seja imperfeito, irregular, sem unidade ou congruência. Em relação aos conceitos abstratos e aos raciocínios diferenciados e complicados, podem-se observar seus resquícios no pensamento demencial, embora, com o progredir da síndrome demencial, vá predominando mais e mais o pensamento pobre, concreto e desorganizado. É freqüente o fato de o indivíduo dementado, nas fases iniciais, tentar dissimular suas dificuldades cognitivas. Ao se deparar com a **dificuldade em encontrar as palavras** (aspecto característico no início das demências), procura termos mais genéricos, evita os adjetivos e os substantivos específicos. Por exemplo, "Não consigo encontrar aquela coisa, o meu... (batom), aquilo para pintar a boca..."; "Vou pedir ao... àquele homem (o guarda), que me ajude a atravessar... aqui (a rua)".

Pensamento confusional

Verifica-se, devido à turvação da consciência, um pensamento incoerente, de curso tortuoso, que impede que o indivíduo apreenda de forma clara e precisa os estímulos ambientais e possa, assim, processar seu raciocínio adequadamente. Há marcante dificuldade em estabelecer vínculos entre conceitos e juízos devido às alterações de consciência, de atenção e de memória imediata, impedindo a formação adequada do raciocínio e lançando o indivíduo em estado de perplexidade e impotência. Ocorre principalmente nas síndromes confusionais agudas.

Pensamento desagregado

Trata-se de pensamento radicalmente incoerente, no qual os conceitos e os juízos não se articulam minimamente de forma lógica. O paciente produz um pensamento que se manifesta como uma mistura aleatória de palavras, que nada comunica ao interlocutor. A linguagem correspondente é o que se denomina "salada de palavras". Ocorre nas formas graves e avançadas de esquizofrenia.

Pensamento obsessivo

No pensamento obsessivo, predominam idéias ou representações que, apesar de terem conteúdo absurdo ou repulsivo para o indivíduo, se impõem à consciência de modo persistente e incontrolável.

Aqui, predominam idéias ou representações que, apesar de terem conteúdo absurdo ou repulsivo para o indivíduo,

se impõem à consciência de modo persistente e incontrolável. Isso determina uma luta constante entre as idéias obsessivas, que voltam de forma recorrente à consciência, e o indivíduo, que se esforça por bani-las de sua consciência, gerando um estado de angústia constante. Com certa freqüência, em pacientes gravemente obsessivos, aspectos do pensamento mágico também estão presentes (p. ex., “Se eu tocar na roupa de uma prostituta ficarei contaminado”, ou “Se eu repetir a palavra *santo* cinqüenta vezes impedirei que meu pai morra”).

ALTERAÇÕES DO PROCESSO DE PENSAR

Curso do pensamento

As principais alterações do curso do pensamento são a aceleração, a lentificação, o bloqueio e o roubo do pensamento.

Aceleração do pensamento

O pensamento flui de forma muito acelerada, uma idéia se sucedendo à outra rapidamente. Ocorre nos quadros de mania, na esquizofrenia, nos estados de ansiedade intensa, nas psicoses tóxicas (sobretudo por anfetamina e cocaína) e na depressão ansiosa.

Lentificação do pensamento

Em alguns pacientes gravemente deprimidos, o pensamento progride lentamente, de forma dificultosa. Há certa latência entre as perguntas formuladas e as respostas.

O pensamento progride lentamente, de forma dificultosa. Há certa latência entre as perguntas formuladas e as respostas. Ocorre principalmente nas depressões graves, em alguns casos de rebaixamento do nível de consciência, em certas intoxicações (por substâncias sedativas) e em determinados quadros psicoorgânicos.

Bloqueio ou interceptação do pensamento

Verifica-se o bloqueio do pensamento quando o paciente, ao relatar algo, no meio de uma conversa, brusca e repentinamente interrompe seu pensamento, sem qualquer motivo aparente. O doente relata que, sem saber por que, “o pensamento pára”, é bloqueado. Trata-se de alteração quase que exclusiva da esquizofrenia.

Roubo do pensamento

É uma vivência, freqüentemente associada ao bloqueio do pensamento, na qual o indivíduo tem a nítida sensação de que seu pensamento foi roubado de sua mente, por uma força ou ente estranho, por uma máquina, uma antena, etc. O roubo do pensamento é um tipo de vivência de influência (ver descrição também no item sobre delírio de influência). O roubo do pensamento é uma alteração típica da esquizofrenia.

Forma do pensamento

As principais alterações da forma ou estrutura do pensamento são: fuga de idéias, dissociação e incoerência do pensamento, afrouxamento das associações, descarrilhamento e desagregação do pensamento.

As principais alterações da forma ou estrutura do pensamento são: fuga de idéias, dissociação e incoerência do pensamento, afrouxamento das associações, descarrilhamento e desagregação do pensamento.

Fuga de idéias

É uma alteração da estrutura do pensamento secundária à **acentuada aceleração do pensamento**, na qual uma idéia se segue a outra de forma extremamente rápida, perturbando-se as associações lógicas entre os juízos e os conceitos. Na fuga de idéias, as associações entre as palavras deixam de seguir uma lógica ou finalidade do pensamento e passam a ocorrer por **assonância** (p. ex., amor, flor, cor... ou cidade, idade, realidade...), e as idéias se associam muito mais pela presença de **estímulos externos contingentes** (as pessoas que estão presentes na entrevista, os móveis e os quadros da sala de entrevista, um ruído incidental, alguém que entra na sala, etc.). Segundo Nobre de Melo (1979), na fuga de idéias há o progressivo afastamento da idéia diretriz ou principal, sem prejuízo manifesto, contudo, para a coerência final do relato. Tal noção de preservação da coerência na fuga de idéias não é, entretanto, aceita por todos os autores. A fuga de idéias é uma alteração muito característica dos quadros maníacos.

Na fuga de idéias, as associações entre as palavras deixam de seguir uma lógica ou finalidade do pensamento e passam a ocorrer por assonância, e as idéias se associam muito mais pela presença de **estímulos externos contingentes**.

Dissociação do pensamento

É a designação cunhada por Bleuler (1985) para a desorganização do pensamento encontrada em certas formas de esquizofrenia. Os pensamentos passam progressivamente a não seguir uma seqüência lógica e bem-organizada, e os juízos não se articulam de forma coerente uns com os outros. Em fase inicial, a incoerência pode ser discreta, ainda sendo possível captar aquilo que o indivíduo quer comunicar. Com o agravamento do processo patológico, o pensamento pode tornar-se totalmente incoerente e incompreensível.

Afrouxamento das associações

Neste caso, embora ainda haja concatenação lógica entre as idéias, nota-se já o afrouxamento dos enlaces associativos (Nobre de Melo, 1979). As associações parecem mais livres, não tão bem-articuladas. Manifesta-se nas fases iniciais da esquizofrenia e em transtornos da personalidade (sobretudo no da personalidade esquizotípica).

Descarrilhamento do pensamento

O pensamento passa a extraviar-se de seu curso normal, toma atalhos colaterais, desvios, pensamentos supérfluos, retornando aqui e acolá ao seu curso original. Geralmente está associado a marcante distraibilidade. Se o descarrilhamento for muito acentuado, e os desvios, muito freqüentes e longos, pode-se não mais captar a seqüência lógica do pensamento. O descarrilhamento é observado na esquizofrenia e, eventualmente, nos transtornos maníacos.

Desagregação do pensamento

Neste caso, há profunda e radical perda dos enlaces associativos, total perda da coerência do pensamento. Sobram apenas "pedaços" de pensamentos, conceitos e idéias fragmentadas, muitas vezes irreconhecíveis, sem qualquer articulação racional, sem que sejam detectadas uma linha diretriz e uma finalidade no ato de pensar. Trata-se de alteração típica de formas avançadas de esquizofrenia e de quadros demenciais.

Na **esquizofrenia**, de modo geral, o progredir da desestruturação do pensa-

mento segue esta seqüência (em ordem de gravidade): afrouxamento das associações, descarrilhamento do pensamento e, finalmente, desagregação do pensamento. Essas formas de alteração podem ser encontradas, de modo ainda incipiente, em parentes de primeiro grau de pacientes com esquizofrenia (Catts et al., 1993).

Conteúdo do pensamento

Embora muitos autores classifiquem os **delírios** como alterações do conteúdo do pensamento, isso parece incorreto. O conteúdo do pensamento é aquilo que preenche a estrutura do processo de pensar. Nesse sentido, o conteúdo corresponde à temática do pensamento. Assim, não se pode falar propriamente em alterações patológicas do conteúdo do pensamento. Há tantos conteúdos quanto são os temas de interesse ao ser humano.

O conteúdo do pensamento é aquilo que preenche a estrutura do processo de pensar.

Optou-se aqui, conseqüentemente, por não incluir o importante tema dos delírios no item "Conteúdo do pensamento", mas no capítulo referente às alterações do juízo de realidade. Quando um indivíduo acometido por uma psicose afirma que os vizinhos preparam um complô para matá-lo, o conteúdo é de perseguição, mas o que está patologicamente alterado é a atribuição de realidade absoluta a esse pensamento. Um político pode viver pensando que querem prejudicá-lo; seus conteúdos de pensamento são basicamente persecutórios; entretanto, ele não está necessariamente delirando.

A observação clínica indica que os principais conteúdos que preenchem os sintomas psicopatológicos são:

1. Persecutórios
2. Depreciativos
3. Religiosos
4. Sexuais
5. De poder, riqueza, prestígio ou grandeza
6. De ruína ou culpa
7. Conteúdos hipocondríacos

As razões pelas quais tais conteúdos e não outros são os mais prevalentes é certamente complexa. A importância desses conteúdos tem a ver com a constituição social e histórica do indivíduo, com o universo cultural no qual ele se insere, assim como com a estrutura psicológica e neuropsicológica do *Homo sapiens*. Eis, a seguir, algumas hipóteses.

A **persecutoriedade** (ou vivências de perseguição) é provavelmente muito importante pelo fato de a sobrevivência em um mundo potencialmente ameaçador ser tema onipresente em quase todos os grupos sociais. A sobrevivência do indivíduo e, em conseqüência, o seu oposto, ou seja, a possibilidade de ser atacado e destruído, é algo elementar tanto biológica como psicologicamente. Os conteúdos de poder, riqueza, ruína e culpa com certeza também têm conexão com a dimensão de sobrevivência.

A persecutoriedade (ou vivências de perseguição) é provavelmente muito importante pelo fato de a sobrevivência em um mundo potencialmente ameaçador ser tema onipresente em quase todos os grupos sociais.

A **sexualidade**, por sua vez, apesar de secularmente reprimida na maioria das sociedades, nunca deixou de ser tema de primeiro interesse ao ser humano. Freud e o desenvolvimento de sua psicanálise trouxeram à luz da sociedade vitoriana e conservadora a grande importância da sexualidade para a vida mental e social do ser humano. Tal importância deriva de fatores instintivo-biológicos (sobrevivência da espécie) e psicológicos, pois, paralelamente ao desenvolvimento das relações afetivas,

há a erotização dessas relações (amar é, ao mesmo tempo, um fenômeno afetivo e erótico).

> Os temas religiosos e místicos também são muito comuns na psicopatologia, o que se justifica pelo fato de que não há cultura ou grupo social humano em que a religião não desempenhe papel central.

Os **temas religiosos e místicos** também são muito comuns na psicopatologia, o que se justifica pelo fato de que não há cultura ou grupo social humano em que a religião não desempenhe papel central na organização da representação do mundo, na articulação de formas de compreensão da origem e do destino do ser humano, dos valores ético-morais, da compreensão do sofrimento e dos modos de constituição da subjetividade.

Os **temas hipocondríacos** revelam a importância que o corpo tem na experiência humana. Também estão implicados, com esses temas, o narcisismo relacionado às vivências corporais, o desejo de bem-estar físico, os temores relacionados ao risco permanente que todo ser humano tem de adoecer fisicamente, sofrer e falecer.

Quadro 18.1
Semiotécnica do pensamento

Perguntas para verificar o desenvolvimento e a estrutura global do pensamento

(Verificar a capacidade de **abstração** e de **generalização** e o grau de **sofisticação** das respostas):

- Que diferença há entre a mão e o pé? Entre o boi e o cavalo? Entre a água e o gelo? E entre o cristal e a madeira?
- Entre um quilo de chumbo e um quilo de palha, o que pesa mais? Que diferença há entre falar uma coisa errada e dizer uma mentira? E entre a admiração e a inveja? E entre ser uma pessoa econômica e ser uma pessoa mesquinha, um "pão-duro"?
- Que semelhanças há entre o carro, o trem e o avião?
  1. Resposta precária e concreta: "São coisas."
  2. Resposta correta, mas ainda concreta: "Servem para a gente andar."
  3. Resposta com bom nível de generalização: "São veículos ou meios de transporte."
- Que semelhança há entre o martelo, a enxada e o trator? (Mesmo tipo de interpretação.)

Ao longo da entrevista, verificar

Como flui o pensamento do paciente; seu curso (velocidade, ritmo), forma e conteúdos. O pensamento é lento e difícil ou rápido e fácil? O raciocínio alcança o seu objetivo, chega a um ponto final, ou fica "orbitando" em temas secundários?

A forma e o tipo de pensamento. O pensamento é coerente e bem-compreensível? Ou é vago, com trechos incompreensíveis? O pensamento é predominantemente incompreensível, muito incoerente? Há associações por assonância? Há fuga de idéias? É concreto ou revela capacidade de abstração e uso de símbolos e categorias de generalização? O pensamento respeita a realidade ou segue os desígnios dos desejos e temores do paciente?

Caso se trate de **pensamento desorganizado**, incoerente, tal desorganização é do tipo confusional (alteração da consciência), demencial (alteração da cognição) ou deficitária (pobreza homogênea)? Estão presentes alterações características da esquizofrenia (afrouxamento, descarrilhamento, desagregação)?
Há idéias ou pensamentos do tipo obsessivo?

Quais os **conteúdos mais recorrentes e marcantes** no discurso do paciente?

Questões de revisão

- Quais são os elementos constitutivos do pensamento segundo a tradição aristotélica? Descreva-os.
- Como ocorre o processo do pensamento?
- Quais são as possíveis alterações dos elementos constitutivos do pensamento?
- Cite e caracterize as principais alterações do curso do pensamento.
- Quais são as principais alterações da forma ou estrutura do pensamento?
- Quais os principais conteúdos que preenchem os sintomas psicopatológicos? Por que eles são freqüentes na psicopatologia?

19

O juízo de realidade e suas alterações (o delírio)

DEFINIÇÕES PSICOLÓGICAS

O ajuizar, isto é, produzir juízos, é uma atividade humana por excelência. Segundo Nobre de Melo (1979), por meio dos juízos o ser humano afirma a sua relação com o mundo, discerne a verdade do erro, assegura-se da existência ou não de um objeto perceptível (juízo de existência), assim como distingue uma qualidade de outra (juízo de valor). Ajuizar quer dizer julgar. Todo juízo implica, certamente, um julgamento, que, por um lado, é subjetivo, individual e, por outro, social, produzido historicamente, em consonância com os determinantes socioculturais. É preciso lembrar que as alterações do juízo de realidade são alterações do pensamento. Tais alterações são destacadas em capítulo próprio devido à importância e à extensão que o tema apresenta em psicopatologia.

Na psicopatologia do delírio, a primeira distinção essencial a se fazer é entre o erro não determinado por processo mórbido (por transtornos mentais) e as diversas formas de juízos falsos determinados por transtornos mentais.

Juízos falsos podem ser produzidos de inúmeras formas, sendo ou não patológicos. Em psicopatologia, a primeira distinção essencial a se fazer é entre o erro não determinado por processo mórbido (por transtornos mentais) e as diversas formas de juízos falsos determinados por transtornos mentais, sendo a principal delas o delírio.

DISTINÇÃO FUNDAMENTAL: ERRO SIMPLES *VERSUS* DELÍRIO

A primeira constatação é que não existe limite nítido, fácil e decisivo entre o erro e o delírio. O erro se origina da ignorância, do julgar apressado e com base em premissas falsas. O erro ocorre no julgar quando:

1. Tomam-se coisas parecidas ou semelhantes por iguais ou idênticas, isto é, confusão de coisas semelhantes. Por exemplo, um camelo ser considerado um cavalo (são um tanto semelhantes, mas de fato diferentes), ou tomar-se uma pessoa simpática, bem-apresentada, como boa, honesta, confiável, etc., ou, inversamente, considerar uma pessoa malvestida, com aparência

desagradável, expressão rude, como má pessoa ou desonesta.

2. Atribui-se, a coincidências ocasionais ou fortuitas, a força de relações consistentes de causa-efeito: "Sempre que me cair um dente alguém conhecido irá morrer".
3. Aceitar ingenuamente as impressões de nossos sentidos como verdades indiscutíveis (erros por enganos dos sentidos): "O sol gira em torno da terra".

Os erros são passíveis de serem corrigidos pela experiência, pelas provas e pelos dados que a realidade oferece. Uma boa parte dos erros de ajuizamento, de apreciação, é determinada por situações afetivas intensas ou dolorosas, que impedem que o indivíduo analise a experiência de forma objetiva e lógica.

Os erros são psicologicamente compreensíveis, enquanto o delírio tem como característica principal a incompreensibilidade.

Segundo a escola psicopatológica de Jaspers (1979), os erros são psicologicamente compreensíveis, pois admite-se que possam surgir e persistir em virtude de ignorância, fanatismo religioso ou político, enquanto o delírio tem como característica principal a incompreensibilidade. Nessa concepção, não se pode compreender psicologicamente o delírio.

Os tipos de erros mais comuns, não determinados (necessariamente) por transtorno mental, são os preconceitos, as crenças culturalmente sancionadas, as superstições e as chamadas idéias prevalentes.

Preconceito

Trata-se, geralmente, de um juízo *a priori*, sem reflexão, um ajuizamento apressado com base em premissas falsas, "uma opinião precipitada que transforma-se numa prevenção" (Paim, 1993). Os preconceitos são, em geral, produzidos socialmente, por interesses de determinados grupos sociais que, no mais das vezes, constroem tais concepções preconceituosas para se colocarem em situação de superioridade e/ou para justificar atitudes, posturas, normas, regras e políticas institucionais que privilegiam certos grupos em detrimento de outros. A discriminação social é um dos modos mais comuns e nefastos do preconceito. Ela se dá, entre outras formas, como:

- Racismo (os brancos são superiores aos negros)
- Sexismo (os homens são mais inteligentes que as mulheres)
- Etnocentrismo (o europeu é mais sensível que o indígena americano)
- Classismo ou preconceito de classe (os pobres são preguiçosos)
- Preconceito religioso (os muçulmanos são desequilibrados)

CRENÇAS CULTURAIS E SUPERSTIÇÕES

As **crenças culturalmente sancionadas** são descritas como partilhadas por um grupo cultural (religioso, político, étnico, grupo de jovens, grupo místico ou outro agrupamento social). O indivíduo, por exemplo, acredita plenamente na comunicação com espíritos, na ação de entidades sobrenaturais ou no contato com mortos. Da mesma forma, pode-se citar os membros de grupos *new age* que acreditam, com convicção plena, em discos voadores ou em gnomos, etc. Um tipo freqüente de crença culturalmente sancionada são as **supers-**

As crenças culturalmente sancionadas são descritas como partilhadas por um grupo cultural (religioso, político, étnico, grupo de jovens, grupo místico ou outro agrupamento social).

tições. Elas são, de modo geral, motivadas por fatores afetivos (desejos, temores, etc.).

As crenças culturalmente sancionadas não devem ser confundidas com os sintomas psicopatológicos.

As crenças culturalmente sancionadas não devem ser confundidas com os sintomas psicopatológicos descritos a seguir. Por exemplo, o elemento diferencial básico das idéias delirantes é que, nas crenças culturalmente sancionadas, há evidências de que o indivíduo **compartilha** a sua crença **com um grupo social**, mesmo que esta crença seja bizarra ou absurda. Trata-se de tema complexo, que exige, para sua análise, os instrumentos interpretativos da antropologia cultural, da história e da sociologia.

ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS DO JUÍZO

Idéias prevalentes ou sobrevaloradas (idéias errôneas por superestimação afetiva)

São idéias que, por conta da importância afetiva que têm para o indivíduo, adquirem predominância enorme sobre os demais pensamentos, conservando-se obstinadamente em sua mente: "Não consigo pensar em outra coisa" é um exemplo de queixa típico de quem experimenta essas idéias.

As idéias prevalentes diferem das idéias obsessivas, pois são egossintônicas, aceitas pelo indivíduo que as produz. Além disso, fazem sentido para o paciente.

As pessoas que têm idéias prevalentes ou sobrevaloradas identificam-se plenamente com elas e colocam a sua personalidade totalmente a seu serviço.

As pessoas que têm **idéias prevalentes ou sobrevaloradas** identificam-se plenamente com elas e colocam a sua personalidade totalmente a seu serviço. São levadas por motivações afetivas pessoais. Nobre de Melo (1979) encontrou uma denominação feliz para as idéias prevalentes, referindo-se a elas como "**idéias errôneas por superestimação afetiva**". Nesse caso, a catatimia (influência dos afetos sobre as demais funções psíquicas) manifesta-se de modo evidente.

David Veale (2002) revisou a literatura sobre a definição e o significado clínico das idéias prevalentes. Ele esclarece que os autores norte-americanos consideram a intensidade da convicção na idéia e o nível de crítica como os critérios centrais para considerar uma idéia sobrevalorada (*overvalued ideas*). Nesse caso, as idéias sobrevaloradas se situariam no meio de um *continuum* de *insight* ou crítica que vai das idéias obsessivas (muito *insight*) até as idéias delirantes (ausência de *insight*). Já os autores europeus tendem a conceitualizar as idéias sobrevaloradas lançando mão de algumas características, a saber:

1. A idéia é sustentada com forte convicção (mas menos que em um delírio).
2. A idéia prevalente ou sobrevalorizada é egossintônica (comparável a muitas idéias obsessivas).
3. É associada a um alto grau de emoção ou afeto (ansiedade ou raiva, quando há a ameaça de perda de uma pessoa ou do objetivo expresso na idéia).
4. Geralmente se desenvolve em personalidade alterada.
5. Em geral, é compreensível a partir das experiências passadas do indivíduo e de sua personalidade.
6. Causa sofrimento ou disfunção no sujeito ou naqueles que com ele convivem.
7. Geralmente induz o indivíduo a agir.
8. Pode, eventualmente, progredir para delírio verdadeiro.

9. O paciente não busca ajuda por conta dessas idéias.
10. Assemelha-se a convicções religiosas ou políticas apaixonadas.

Algumas idéias sobrevaloradas ou prevalentes não têm significado claramente patológico (podendo ser consideradas patológicas apenas a partir do contexto específico do paciente e de sua personalidade). Elas são exemplificadas nos seguintes casos: uma mãe se preocupa excessivamente com o filho ausente e acredita que ele sempre está em perigo; o amante inseguro não pára de pensar se sua amada realmente o ama, buscando, em cada detalhe, provas contra esse amor; idéias de conteúdo religioso, ético ou político, defendidas intransigentemente pelo indivíduo. Nesses casos, tais idéias podem fazer parte ainda da psicologia do normal.

Outras idéias prevalentes já têm sentido claramente patológico, sendo observadas em algumas situações clínicas como as apresentadas no Quadro 19.1 (Veale, 2002).

O DELÍRIO

Segundo Karl Jaspers (1883-1969) (1979), **as idéias delirantes**, ou delírio, são **juízos patologicamente falsos**. Dessa forma, **o delírio é um erro do ajuizar** que tem origem na doença mental. Sua base é **mórbida**, pois é motivado por fatores patológicos. Idéias delirantes típicas são observadas na prática clínica, por exemplo: "Tenho certeza de que meus pais (ou os vizinhos) querem me envenenar"; "As pessoas que trabalham em minha empresa fizeram um plano para acabar comigo, primeiro me

As idéias delirantes, ou delírio, são juízos patologicamente falsos. Dessa forma, o delírio é um erro do ajuizar que tem origem na doença mental.

Quadro 19.1

Transtornos mentais nos quais ocorrem idéias prevalentes ou sobrevaloradas (Veale, 2002)

Transtorno mental	Idéia sobrevalorada típica
Anorexia nervosa (também observado na bulimia nervosa)	"Tenho uma forte sensação de que estou muito gorda."
Dismorfofobia	"Meu nariz é disforme, enorme e muito feio."
Hipocondria	"Estou convencido de que tenho câncer de estômago."
Disforia de gênero (transtorno de identidade de gênero)	"Desde pequena, sinto que sou, de fato, um homem."
Apotemnofilia	"Tenho a nítida sensação de que minha perna não me pertence. Teria de ser amputada para me sentir confortável."
Ciúmes patológico não-delirante	"Tenho certeza de que minha mulher está tendo um caso."
Estado paranóide litigioso	"A companhia de seguros me deve milhões de reais como compensação."

desmoralizando, para depois me prender e torturar"; ou "Eu sou a nova divindade que tem poderes para acabar com o sofrimento no mundo na hora que quiser"; ou, ainda, "Implantaram um *chip* em meu cérebro que comanda meus pensamentos". Mas cabe assinalar que não é tanto a falsidade do conteúdo que faz uma crença ser um delírio (embora quase sempre a crença delirante seja falsa), mas sobretudo a justificativa para a crença que o delirante apresenta, o tipo de evidência que lhe assegura que as coisas são assim.

Jaspers (1979) descreveu três indícios externos do delírio: convicção extraordinária (certeza subjetiva), ser impossível sua modificação pela experiência (irremovível) e ser seu conteúdo impossível, falso.

Jaspers (1979) descreveu três características ou **indícios externos** (*äussere Merkmale*) que, do ponto de vista prático, são muito importantes para a identificação clínica do delírio:

1. O doente apresenta uma **convicção extraordinária** (*ausserge wöhnlinche Überzeugung*), uma **certeza subjetiva** praticamente absoluta (*subjektive Gewissheit*). A sua crença é total; a seu ver, não se pode colocar em dúvida a veracidade de seu delírio.
2. É **impossível a modificação do delírio pela experiência** objetiva, por provas explícitas da realidade, por argumentos lógicos, plausíveis e aparentemente convincentes. Assim, diz-se que o **delírio é irremovível**, mesmo pela prova de realidade mais cabal, ele não é passível de ser influenciado externamente (*Unbeeinflussbarkeit*) por pessoas que queiram demover o delirante de suas crenças.
3. O delírio é, quase sempre, um juízo falso; o **seu conteúdo é impossível** (*Unmöglichkeit des Inhalts*). Embora este seja o aspecto mais evidente do delírio, mais fácil de caracterizar, é, também, o aspecto, do ponto de vista psicopatológico, mais frágil. Sabe-se que alguns doentes podem eventualmente delirar e seu delírio ser verídico. O fato que o paciente relata pode ocorrer realmente (Bastos, 1986). É o caso do paciente com alcoolismo crônico que tem delírios de ciúmes e sua mulher realmente o trai, ou o do líder político com delírio de perseguição, sendo que, de fato, algumas pessoas querem prejudicá-lo ou mesmo matá-lo. Isso, entretanto, não invalida o fato de que, para aquela pessoa, o que se passa, do ponto de vista psicopatológico, é um delírio. Os modos como ela construiu o seu ajuizamento e como mantém a crença são patológicos, determinados por fatores mórbidos. Entretanto, cabe reforçar: na maioria dos casos, o delírio é, de fato, um juízo falso.

Deve-se acrescentar, aos três indicativos ou características externas do delírio descritas por Jaspers, uma quarta característica, que ajuda a diferenciar o delírio de determinadas crenças culturais:

4. **O delírio é uma produção associal**, idiossincrática em relação ao grupo cultural do doente. Geralmente se trata de uma convicção de um só homem. O delírio, no mais das vezes, não é nem produzido, nem compartilhado ou sancionado por um grupo religioso, político ou de outra natureza. Ao delirar, o indivíduo se desgarra de sua trama social, do universo cultural no qual se formou, e passa, mesmo

Ao delirar, o indivíduo se desgarra de sua trama social, do universo cultural no qual se formou, e passa, mesmo contra esse grupo cultural, a produzir seus símbolos e suas crenças individuais.

contra esse grupo cultural, a produzir seus símbolos e suas crenças individuais. Pode-se dizer que, ao produzir um delírio, o doente engendra a sua própria "religião, o seu próprio sistema ideológico ou científico", que são criações geralmente falsas, individuais e associais.

Dimensões do delírio

Kendler e colaboradores (1983) propuseram uma série de dimensões ou vetores da atividade delirante que, além de serem dimensões do delírio, servem como indicadores de sua gravidade. Posteriormente, Appelbaum, Robbins e Roth (1999) estudaram essas dimensões do delírio nos diferentes transtornos mentais. A seguir, são apresentadas as dimensões do delírio:

1. **Grau de convicção**. Este grau determina até que ponto o paciente está convencido da realidade de suas idéias delirantes. A convicção do delírio é mais marcante na esquizofrenia e menos intensa, por exemplo, nas psicoses reativas breves e nos transtornos do humor com sintomas psicóticos.
2. **Extensão**. Trata-se da extensão com que as idéias delirantes envolvem diferentes áreas da vida do paciente. Uma maior extensão do delírio também é observada na esquizofrenia, seguida de depressão psicótica, transtornos delirantes e psicoses reativas breves.
3. **Bizarrice ou implausibilidade**. Trata-se do grau em que as crenças delirantes se distanciam das convicções culturalmente compartilhadas pelo grupo social de origem do paciente, ou seja, do quanto seu delírio se distancia da realidade consensual, do quão implausível, impossível de suceder é o delírio. Segundo os sistemas classificatórios CID-10 e DSM-IV, os delírios bizarros, implausíveis no contexto sociocultural do paciente, têm valor diagnóstico mais importante para se identificar a esquizofrenia que os delírios não-bizarros.
4. **Desorganização**. Aqui se verifica até que ponto as idéias delirantes são consistentes internamente, têm lógica própria e em que grau são sistematizadas, com ordem interna. Os delírios mais organizados são observados nos transtornos delirantes e em pacientes psicóticos que, de modo geral, possuem inteligência mais privilegiada. Indivíduos com retardo mental e/ou demência geralmente apresentam delírios mais desorganizados.

Segundo os sistemas classificatórios CID-10 e DSM-IV, os delírios bizarros, implausíveis no contexto sociocultural do paciente, têm valor diagnóstico mais importante para se identificar a esquizofrenia que os delírios não-bizarros.

5. **Pressão ou preocupação**. Isto tem a ver como o quanto o paciente está preocupado e envolvido com suas crenças delirantes, o quanto ele se sente pressionado pelo delírio. A pressão ou preocupação é mais acentuada em indivíduos com transtorno delirante, seguido por esquizofrenia e depressão psicótica.

6. **Resposta afetiva ou afeto negativo**. Trata-se do quanto as crenças delirantes abalam ou tocam afetivamente o paciente, do quanto ele fica assustado, ansioso, triste ou irritado em conseqüência do delírio. O afeto negativo relacionado ao delírio é mais marcante em pacientes com depressão psicótica e naqueles com transtorno delirante.
7. **Comportamento desviante**. Aqui se verifica o quanto o paciente age em função de seu delírio e em que medida ele pratica atos estranhos, perigosos ou inconvenientes a partir de suas idéias delirantes. O comportamento desviante (ou ação decorrente do delírio) é mais acentuado em indivíduos com transtorno delirante, seguido por casos de depressão psicótica e mania psicótica.

Delírio primário ou idéias delirantes verdadeiras

Segundo Jaspers (1979), o verdadeiro delírio é um fenômeno primário. O que isso significa? Sendo um fenômeno primário, **é psicologicamente incompreensível**, não tem raízes na experiência psíquica do homem normal; por isso, **é impenetrável**, incapaz de ser atingido pela relação intersubjetiva, pelo contato empático entre entrevistador e entrevistado. Trata-se de **algo inteiramente novo**, que se insere, em determinado instante, na curva vital do indivíduo. O verdadeiro delírio expressa uma quebra radical na biografia do sujeito, a transformação qualitativa de toda sua existência, sua pessoa se modifica, sua personalidade sofre verdadeira transmutação (*Umwandlung der Persönlichkeit*).

O verdadeiro delírio expressa uma quebra radical na biografia do sujeito, a transformação qualitativa de toda sua existência, sua pessoa se modifica, sua personalidade sofre verdadeira transmutação.

Delírio secundário ou idéias deliróides e os delírios compartilhados

O delírio secundário assemelha-se externamente ao primário, diferindo deste por não se originar de alteração primária do pensamento, do ajuizar, mas de alterações profundas em outras áreas da atividade mental (afetividade, consciência, etc.), que indiretamente fazem com que se produzam juízos falsos. É fruto de condições psicologicamente rastreáveis e compreensíveis (Leme Lopes, 1982).

O delírio de ruína ou culpa do indivíduo com depressão grave é compreensível e derivável psicologicamente de estado de humor alterado (catatimia) de forma profunda; constitui mais um aspecto, mais uma dimensão que o humor depressivo adquire. Dessa forma, pode-se tomar como secundário e compreensível o delírio de grandeza do paciente em estado maníaco franco, os delírios paranóides do indivíduo com personalidade paranóide, com graves sentimentos de inferioridade e com forte tendência a sentir-se preterido, ofendido ou discriminado.

Os delírios podem ocorrer eventualmente em mais de uma pessoa. São os chamados **delírios compartilhados** da **loucura a dois** (*folie à deux*). Nesses casos, em geral há um sujeito realmente psicótico, com esquizofrenia ou transtorno delirante, por exemplo, que apresenta delírio primário e, ao interagir intimamente com outra pessoa influenciável (ou com mais pessoas; *folie à trois, à quatre*, etc.), acaba por gerar o delírio em tal pessoa. Assim, há aqui sempre uma dupla: o verdadeiro delirante e outra(s) pessoa(s) (irmão, cônjuge, amigo próximo, filho, etc.) – em geral uma personalidade sugestionável – dependente(s),

frágil(eis) socialmente ou com limitações físicas ou psicossociais. Com a convivência e a interação pessoal, o acompanhante também passa a delirar (apresentando o mesmo delírio que o verdadeiro delirante ou a ideação tematicamente relacionada). Nesse caso, trata-se, para o sujeito sugestionável, de delírio secundário ou idéia deliróide (às vezes, idéias prevalentes ou simples crenças) e não o verdadeiro delírio primário. Ao separar-se fisicamente os dois, em geral o sujeito influenciável deixa, de forma gradativa, de delirar. São descritas formas coletivas de delírio compartilhado: um líder verdadeiramente delirante (delírio primário) e um grupo social sugestionável que acaba por compartilhar das convicções delirantes do líder (idéias deliróides ou simples crenças induzidas).

São descritas formas coletivas de delírio compartilhado: um líder verdadeiramente delirante (delírio primário) e um grupo social sugestionável que acaba por compartilhar das convicções delirantes do líder (idéias deliróides ou simples crenças induzidas).

Estrutura dos delírios

Segundo a **estrutura**, os delírios são classificados em simples (monotemáticos) ou complexos (pluritemáticos) e em não-sistematizados ou sistematizados:

Segundo a estrutura, os delírios são classificados em simples (monotemáticos) ou complexos (pluritemáticos) e em não-sistematizados ou sistematizados.

1. **Delírios simples (monotemáticos)**. São idéias que se desenvolvem em torno de um só conteúdo, de um tema único, geralmente de um único tipo (apenas um tema religioso, persecutório, etc.).
2. **Delírios complexos (pluritemáticos)**. São aqueles que englobam vários temas ao mesmo tempo, com múltiplas facetas, envolvendo conteúdos de perseguição, místico-religiosos, de ciúme, de reivindicação, etc.
3. **Delírios não-sistematizados**. Neste caso, são delírios sem concatenação consistente. Os conteúdos e os detalhes dos delírios não-sistematizados variam de momento para momento e costumam ser encontrados em indivíduos com baixo nível intelectual, deficientes mentais ou em pacientes com quadros demenciais.
4. **Delírios sistematizados**. São os delírios bem-organizados, com histórias ricas, consistentes e bem-concatenadas, que mantêm, ao longo do tempo, os mesmos conteúdos, com riquezas de detalhes. Ocorrem mais em indivíduos intelectualmente desenvolvidos e nos chamados transtornos delirantes (o termo clássico de Kraepelin é *paranóia*). Aqui observa-se o que Jaspers denominou de "inteligência a serviço do delírio" (a inteligência do paciente não se presta a impedir ou criticar o delírio, mas a buscar mais elementos para justificá-lo e sustentá-lo).

Relação entre alteração do humor e temática delirante

Os delírios podem ser classificados em congruentes ou incongruentes com o humor (OMS, 1993; APA, 2002). Nos transtornos do humor com sintomas ou características psicóticas (depressão e mania

Os delírios podem ser classificados em congruentes ou incongruentes com o humor.

psicóticas), afirma-se que o delírio é humor-congruente se, no caso da depressão, tiver temática de culpa, de ruína, de hipocondria ou, no caso da mania, de grandeza, de poder ou de religiosidade (incluindo ser ou ter contato com entidades especiais, poderosas). Se, na depressão psicótica, o delírio for de perseguição (sem que tal perseguição seja "merecida", decorrente de falta ou erro do paciente) ou, na mania, o delírio for de controle ou de influência, designam-se tais delírios como humor-incongruentes. Esse tipo de delírio (humor-incongruente) parece implicar pior evolução clínica para o paciente.

Surgimento e evolução do delírio: estados pré-delirantes

Em geral, os delírios surgem após período pré-delirante, denominado **humor delirante** (Jaspers, 1979). Nesse período, o paciente experimenta aflição e ansiedade intensas, sente como se algo terrível estivesse por acontecer, mas não sabe exatamente o quê... Predominam aqui grande perplexidade, sensação de fim do mundo, de estranheza radical. Esse estado pode durar horas ou dias. O humor delirante cessa quando o paciente configura o delírio, isto é, quando descobre, como se fosse por uma revelação inexplicável, o que está de fato acontecendo: "Ah, então é isso, os vizinhos organizaram um grande complô para me matar"; ou "Já entendi, a minha esposa está tendo relações com todos esses homens". Curiosamente, após a revelação do delírio, o paciente muitas vezes se acalma, como se tivesse encontrado explicação plausível para a perplexidade anteriormente inexplicável.

Klaus Konrad (1992) propõe haver um processo seqüencial no desenvolvimento do delírio, com períodos pré-delirantes, delirantes e de reorganização da personalidade e fases residuais.

Klaus Konrad (1992) propõe haver um processo seqüencial no desenvolvimento do delírio, com períodos pré-delirantes, delirantes e de reorganização da personalidade e fases residuais. Ele sugere os seguintes momentos:

1. **Trema**. Este termo vem do jargão do teatro; trata-se da tensão e da expectativa do ator logo antes de entrar em cena. Corresponde ao humor delirante de Jaspers. No processo temporal de surgimento do delírio, o trema é a fase que precede imediatamente o surgimento das idéias delirantes. Há tensão geral, clima ameaçador, mal definido e difuso pairando ainda sem significação. O campo vivencial do sujeito se estreita; ele tem a sensação de que não há como escapar (mas não sabe bem do quê).
2. **Apofania**. O termo grego *apophainein* significa "tornar-se manifesto". A tensão acumulada (durante o trema) agora se desdobra em delírio. O sujeito tem a vivência de verdadeira revelação. Nessa fase, ocorrem experiências delirantes descritas como percepção delirante, falsos reconhecimentos e desconhecimentos delirantes (*Personenverkennung*), difusão e sonorização do pensamento e vivências corporais delirantes. Um aspecto dessa fase é o que Konrad descreve como **anástrofe** (do grego, *anastrophé*, inversão, deslocamento): tudo se volta para o indivíduo (não é ele que se dirige intencionalmente para o mundo, mas o contrário), ele se sente de forma passiva no centro do mundo, observado por todos. Para Konrad, a apofania (revelação do delírio) e a anástrofe (quando o

mundo se volta para o delirante) formam o núcleo da experiência esquizofrênica.

3. **Fase apocalíptica**. Esta fase corresponde à certa desorganização do sujeito após a primeira revelação do delírio inicial. Tal fase é acompanhada de vivências ameaçadoras de fim de mundo (*Weltuntergang*), de perda da sensação de que há alguma continuidade de sentido no mundo. O sujeito delirante parece viver a estranha reestruturação de seu mundo. Podem surgir sintomas catatônicos, excitação motora e psíquica e vivências de alteração do Eu psíquico e corporal ("Eu não sou mais eu", ou "Sinto que já morri").
4. **Consolidação**. Depois de certo tempo do início do processo psicótico, de idas e vindas de desorganização e reorganização, ocorre certa estabilização. O delírio tende a cristalizar-se, há certa elaboração intelectual em torno dele, com a fixação de elementos a partir da personalidade do sujeito, o que pode incluir também defesas neuróticas ("Finalmente me deixaram em paz apesar de ainda estarem me observando").
5. **Fase de resíduo**. Geralmente se trata da fase final do processo psicótico-delirante. Há perda do impulso e da afetividade manifesta. O sujeito não pode mais confiar e relacionar-se calorosamente com os outros; busca passiva ou ativamente certo isolamento, concentra-se no impessoal da vida. Ellen Corin (Corin; Lauzon, 1992; Corin, 1998) identificou, entretanto, que alguns esquizofrênicos crônicos buscam peculiar reestruturação, denominada por ela *retração positiva* (*retrait positif, positive withdrawal*), na qual mantêm distância das pessoas, mas procuram interagir impessoalmente com elas (freqüentando certos bares, certas praças, certos grupos de pessoas, geralmente um tanto marginalizadas, *chats* na Internet, etc.).

Em relação ao curso, os delírios podem ainda ser agudos ou crônicos. Os **delírios agudos** surgem de forma rápida, podendo desaparecer em pouco tempo (horas a dias). Podem ser passageiros e fugazes, estando, nestes casos, associados a transtornos da consciência em psicoses tóxicas ou infecciosas. Já os **delírios crônicos** tendem a ser persistentes, contínuos, de longa duração (vários anos), pouco modificáveis ao longo do tempo.

Os mecanismos constitutivos do delírio

Para a formação do delírio, podem contribuir diversos fatores e tipos de vivências. Como em relação à maioria dos sintomas psicóticos, a interação de fatores cerebrais, psicológicos, afetivos, da personalidade pré-morbida e socioculturais é complexa e provavelmente multifatorial. No caso específico do delírio, tal interação é ainda mais complexa. Deve-se pensar o delírio como uma **construção**. Tal construção está inserida em um processo de **tentativa de reorganização** do funcionamento mental: o esforço que o aparelho psíquico do paciente empreende no sentido de lidar com a desorganização que a doença de fundo produz.

> Deve-se pensar o delírio como uma construção. Tal construção está inserida em um processo de tentativa de reorganização do funcionamento mental.

Pode-se falar em mecanismos constitutivos do delírio apenas com certa reser-

va, pois a psicopatologia ainda não dispõe de evidências consistentes relativas à etiofisiopatologia ou à psicogênese do delírio. Nesse sentido, o psicopatólogo argentino Carlos Pereyra (1973) alerta que:

> Costuma-se considerar como mecanismos (formadores) dos delírios aqueles fenômenos ostensivos ou processos segundo os quais se produzem as idéias delirantes. Assim fala-se em mecanismo alucinatório, interpretativo, intuitivo, imaginativo, retrospectivo (fantasias da memória), onírico, etc. De fato, tal distinção apenas tem um valor prático, de modo algum pode-se pretender que se trate de verdadeiros mecanismos e, muito menos, que eles sejam puros e genuínos engendradores do delírio. *O delírio nasce de uma multiplicidade de fatores complexos, que implicam e comprometem o psiquismo todo*.

Tomando esse cuidado, são descritos os seguintes **mecanismos formadores do delírio**.

Interpretação: delírio interpretativo (ou interpretação delirante)

Deve-se ressaltar que a atividade interpretativa é um mecanismo que, de forma geral, está na base constituinte de todos os delírios.

Deve-se ressaltar que a atividade interpretativa é um mecanismo que, de forma geral, está na base constituinte de todos os delírios. Em alguns delírios, entretanto, verifica-se que sua formação deve-se quase que exclusivamente a uma distorção radical na interpretação de fatos e vivências; tecendo o indivíduo, a partir de múltiplas interpretações dos fatos da vida, um delírio mais ou menos complexo. O delírio interpretativo geralmente respeita determinada lógica, produzindo histórias que, embora delirantes, guardam verossimilhança.

Intuição: delírio intuitivo (ocorrência ou intuição delirante)

O indivíduo intui o delírio de repente, pois capta de forma imediata novo sentido nas coisas, percebe nova realidade totalmente convincente e irredutível. Nesse caso, o delirante não sente qualquer necessidade de fundamentar o delírio em possibilidades plausíveis e verossímeis: ele não interpreta e conclui, não busca provas que certifiquem a verdade de seu delírio, ele simplesmente *sabe*, simplesmente intui a *revelação delirante*.

Imaginação: delírio imaginativo

Assim como a interpretação, a imaginação está presente na constituição da maior parte dos delírios, acompanhando a atividade interpretativa lado a lado. O indivíduo imagina determinado episódio ou acontecimento e, a partir disso, pela interpretação, vai construindo o delírio.

Afetividade: delírio catatímico

Em estados afetivos intensos, como nas depressões graves e nos quadros de mania, o indivíduo passa a viver em um mundo fortemente marcado por esse estado afetivo (catatimia). É nesse contexto que se desenvolvem os chamados delírios catatímicos.

Em estados afetivos intensos, como nas depressões graves e nos quadros de mania, o indivíduo passa a viver em um mundo fortemente marcado por esse estado afetivo (catatimia). É nesse contexto que se desenvolvem os chamados delírios catatímicos. Em estado de profunda depressão, o sujeito reorganiza o mundo e o seu eu com delírio de conteúdo depressivo; o maníaco cria, a partir de seu estado afetivo de euforia e exaltação, um delírio de grandeza, co-

erente com tal estado. O delírio, em alguns pacientes (personalidades hipersensíveis, com sentimentos de inferioridade), também pode representar complexo mecanismo (involuntário) de tentativa de manutenção da auto-estima.

Memória: delírio mnêmico (recordação delirante)

Neste caso, o delírio é construído por recordações e elementos da memória (verdadeiros ou falsos) que ganham dimensão delirante. O indivíduo utiliza tanto recordações verdadeiras quanto falsificações da memória, como as alucinações ou ilusões mnêmicas, para construir seu delírio. Por exemplo, o paciente afirma que foi raptado quando era criança, que foi criado por pais milionários, e que, por isso, é herdeiro de grande fortuna, etc.

Alteração da consciência: delírio onírico

São os delírios associados a quadros de turvação da consciência, ricos em vivências oníricas com alucinações cênicas, ansiedade intensa e certa confusão do pensamento. O delírio desenvolve-se devido principalmente à crítica insuficiente relacionada às vivências oníricas. Os delírios podem ocorrer durante ou após a turvação da consciência.

Alterações sensoperceptivas: delírio alucinatório

O delírio é construído a partir de experiências alucinatórias ou pseudo-alucinatórias intensas, como alucinações auditivas de conteúdo persecutório ou alucinações visuais muito vívidas. O indivíduo forma seu delírio desenvolvendo, de certa forma, a temática e a experiência gerada pela atividade alucinatória. A experiência alucinatória é tão marcante e penetrante que não lhe resta outra alternativa a não ser integrá-la em sua vida por meio do delírio. Tal integração ocorre mediada por atividade interpretativa; logo, o delírio alucinatório também é, em certo sentido, um delírio interpretativo.

A **percepção delirante** é um tipo especialmente importante de delírio. O delírio surge a partir de uma percepção normal que recebe, imediatamente ao ato perceptivo, significação delirante. Trata-se de processo com duas vertentes (perceptiva e ideativa) que ocorrem de forma simultânea. Por exemplo, ao entrar na sala, o indivíduo vê um lenço amarelo sobre a mesa (uma percepção real); ao vê-lo, logo entende que se trata de conspiração contra ele, que querem matá-lo (atribuição de um significado delirante à percepção normal). **A percepção delirante é vivenciada como uma revelação**, uma descoberta abrupta que o indivíduo faz, passando então a entender tudo o que se passa. Segundo Nobre de Melo (1979), há, no paciente delirante, uma tendência interna irreprimível a viver significações. A percepção delirante é um sintoma muito característico da esquizofrenia (sintoma de primeira ordem de Kurt Schneider).

> A percepção delirante é um tipo especialmente importante de delírio. O delírio surge a partir de uma percepção normal que recebe, imediatamente ao ato perceptivo, significação delirante.

Mecanismos de manutenção do delírio

Se, por um lado, é possível supor e investigar fatores cerebrais, psicológicos e psicopatológicos especificamente envolvidos no surgimento e na constituição de um delírio ou sistema delirante, também é relevante saber por que motivo um grande número

É relevante saber por que motivo um grande número de pacientes se mantém delirante; por que o delírio se estabiliza e permanece ao longo do tempo?

de pacientes se mantém delirante; por que o delírio se estabiliza e permanece ao longo do tempo? Sims (1995) assinala alguns fatores envolvidos em tal "estabilização do delírio":

1. A **inércia** em mudar as próprias idéias e a necessidade de consistência das produções ideativas que são formadas ao longo do tempo.
2. A **pobreza na comunicação interpessoal**, falta de contatos pessoais satisfatórios, isolamento social, ser estrangeiro e não falar a língua dominante, etc.
3. O comportamento agressivo por parte do paciente, resultante do delírio persecutório, pode desencadear mais rejeição pelo meio social e, dessa forma, reforçar o **círculo vicioso de sentimentos paranóides, rejeição, hostilidade, mais sentimentos paranóides**, e assim por diante.
4. O delírio pode diminuir o respeito e a consideração que as pessoas que convivem com o paciente têm por ele; a partir dessa situação, o indivíduo delirante pode construir **novas interpretações delirantes** a fim de, involuntariamente, tentar **manter a sua auto-estima**.

Os tipos de delírio segundo seus conteúdos

Os tipos de delírio segundo seus conteúdos são apresentados a seguir. Em primeiro lugar, são apresentados os delírios mais freqüentes; depois, os menos encontradiços na prática clínica diária.

Existem **delírios** cuja temática predominantemente é a **perseguição**, incluindo complôs, ameaças, calúnias e atos planejados ou realizados contra o sujeito. Nesse grupo, estão o delírio de perseguição (propriamente dito), o delírio de auto-referência, de relação e os delírios (também chamados "vivências") de influência ou controle.

Delírios de perseguição

Delírio persecutório ou de perseguição

O indivíduo acredita que é vítima de um complô e está sendo perseguido por pessoas conhecidas ou desconhecidas, tais como máfias, vizinhos, polícia, pais, esposa ou marido, chefe ou colegas do trabalho (ou do ambiente estudantil). Ele pensa que querem envenená-lo, prendê-lo, matá-lo, prejudicá-lo no trabalho ou na escola, desmoralizá-lo, expô-lo ao ridículo ou mesmo enlouquecê-lo... Cabe lembrar que a perseguição é o tema mais freqüente dos delírios.

Cabe lembrar que a perseguição é o tema mais freqüente dos delírios.

Delírio de referência (de alusão ou auto-referência)

Aqui o indivíduo apresenta a tendência dominante a experimentar fatos cotidianos fortuitos, objetivamente sem maiores implicações, como referentes à sua pessoa. Diz ser alvo freqüente ou constante de referências depreciativas, caluniosas. Ao passar diante de um bar e observar as pessoas conversando e rindo, entende que *estão falando dele, rindo dele, dizendo que ele é ladrão ou homossexual, tudo, enfim, se refere a ele*. Às vezes, ouve o seu nome e que o xingam (mecanismo alucinatório associado ao delírio de referência) ou simplesmente deduz

que a conversa das pessoas em um bar diz respeito a ele (mecanismo interpretativo associado ao delírio de referência). Esse tipo de delírio geralmente ocorre em associação com a temática de perseguição. Ocorre nas psicoses em geral, sobretudo na esquizofrenia paranóide e nos transtornos delirantes.

Delírios e o mecanismo de projeção

> Um mecanismo psicológico particularmente importante na formação dos delírios de perseguição e de referência é o que Freud [1911] (1976) denominou de projeção; inconscientemente, o indivíduo "projeta" para fora de seu mundo mental, no mundo externo, idéias, conflitos, temores e desejos.

Um mecanismo psicológico particularmente importante na formação dos delírios de perseguição e de referência é o que Freud [1911] (1976) denominou de **projeção**; inconscientemente, o indivíduo "projeta" para fora de seu mundo mental, no mundo externo, idéias, conflitos, temores e desejos que seriam insuportáveis se fossem percebidos como pertencentes a seu mundo interno. Além de projetar para o exterior, Freud supôs que o delirante também deforma o conteúdo inaceitável, invertendo o tipo de afeto associado a tal idéia (amor em ódio, desejo em repugnância, etc.). Outro aspecto hipotético associado ao delírio de perseguição é a sua suposta função de proteger o sujeito de rebaixamento de sua auto-estima; relutante em admitir seus próprios fracassos, o indivíduo, ao projetar nos outros os aspectos negativos da existência, torna-se vítima em vez de fracassado (Sims, 1995).

Delírio de relação

O indivíduo delirante constrói conexões significativas (delirantes) entre os fatos normalmente percebidos. Essas conexões novas surgem geralmente sem motivação compreensível. Por exemplo, o paciente agora sabe que tudo faz sentido, os fatos se relacionam (as chuvas do verão passado, o inverno atual mais frio, etc.), indicando "que realmente a guerra dos seres alienígenas irá começar". Tal tipo de delírio também apresenta colorido persecutório.

Delírio de influência ou controle (também denominado vivências de influência)

O indivíduo vivencia intensamente o fato de estar sendo controlado, comandado ou influenciado por força, pessoa ou entidade externa. Esse tipo de delírio é, no mais das vezes, também um delírio com conteúdo de colorido persecutório. Há, por exemplo, uma máquina (antena, computador, aparelho eletrônico) que envia raios que controlam seus pensamentos e seus sentimentos. Um ser extraterrestre, um demônio ou entidade paranormal controla seus sentimentos, suas funções corporais. O doente afirma ter perdido a capacidade de resistir a essa força externa e passa a submeter-se inteiramente a ela. Incluídas nas vivências de influência estão as experiências de "pensamentos feitos", "sentimentos feitos", além das influências sobre partes ou órgãos do corpo. Os delírios ou vivências de influência são fortes indicativos de esquizofrenia e revelam o quão profundamente os limites do Eu, a "membrana" que separa o Eu privado, íntimo, do mundo externo está fragmentada, porosa e permeável no processo esquizofrênico.

Delírio de grandeza (de enormidade)

O indivíduo acredita ser extremamente especial, dotado de capacidades e poderes. Acredita ter um destino espetacular, assim

como sua origem e seus antecedentes indicam que ele é um ser superior. Assim, o delírio é dominado por idéias de poder e riqueza. O sujeito pensa que pode tudo, que tem poderes mentais, místicos ou religiosos, além de conhecimentos superiores ou especiais. A auto-estima pode estar extremamente aumentada. Os delírios de grandeza ocorrem tipicamente nos quadros maníacos. No passado, eram observados com freqüência nas psicoses associadas à sífilis terciária parenquimatosa cerebral (a clássica paralisia geral progressiva [PGP] da neurossífilis).

Delírio místico ou religioso

O indivíduo afirma ser (ou estar em comunhão permanente com, receber mensagens ou ordens de) um novo messias, um Deus, Jesus, um santo poderoso ou, até, um demônio. Essas são temáticas delirantes freqüentes em nosso meio. O paciente sente que tem poderes místicos, que entrou em contato com Nossa Senhora, com o Espírito Santo ou com o demônio, que tem missão mística ou religiosa importante neste mundo, que é portador de uma mensagem religiosa fundamental. Os delírios religiosos freqüentemente apresentam aspecto grandioso, enfatizando a própria importância do sujeito que delira. Os delírios místico-religiosos podem ocorrer em quase todas as formas de psicose, predominando, porém, na mania delirante e na esquizofrenia. Sims (1995) afirma que o delírio religioso não é causado por crenças religiosas excessivas nem por interpretação de atos supostamente pecaminosos praticados no passado pelo paciente. Tais delírios religiosos apenas refletem, quando o indivíduo adoece mentalmente, os interesses e as preocupações predominantes do sujeito. Podem-se distinguir delírios místico-religiosos de crenças ou idéias religiosas intensas, sustentadas, às vezes, com considerável fanatismo, por meio dos seguintes elementos (Sims, 1995):

Os delírios religiosos freqüentemente apresentam aspecto grandioso, enfatizando a própria importância do sujeito que delira.

1. A experiência vinculada à ideação tem as características descritas de um verdadeiro delírio.
2. Há outros sintomas de transtornos psicóticos (alucinações, alterações formais do pensamento, da afetividade, etc.).
3. O estilo de vida, o comportamento e as relações sociais são consistentes com transtorno psicótico e não com a experiência de alguém socialmente envolvido com fé religiosa.

Delírio de ciúmes e delírio de infidelidade

Neste caso, o indivíduo percebe-se traído pelo cônjuge de forma vil e cruel; afirma que ela(e) tem centenas de amantes, que o(a) trai com parentes, etc. Em geral o indivíduo acometido pelo delírio de ciúmes é extremamente ligado e emocionalmente dependente do ser amado. O sentimento de ciúmes intenso e desproporcional em indivíduos muito possessivos e inseguros pode eventualmente ser difícil de diferenciar do delírio de ciúmes. O ciúmes patológico, nesse sentido, pode ser tanto um verdadeiro delírio ou, em muitos casos, apenas uma idéia prevalente (superestimação afetiva) com temática de ciúmes. O delírio de ciúmes e infidelidade pode ocorrer em todas as psicoses, mas é mais característico no alcoolismo crônico e no transtorno delirante crônico. Pacientes com intensa atividade-

Pacientes com intensa atividade delirante do tipo ciúmes não raramente cometem violência física ou mesmo homicídio contra o(a) suposto(a) "traidor(a)".

de delirante do tipo ciúmes não raramente cometem violência física ou mesmo homicídio contra o(a) suposto(a) "traidor(a)".

Delírio erótico (erotomania)

Aqui o indivíduo afirma que uma pessoa, geralmente de destaque social (um artista ou cantor famoso, um milionário, etc.) ou de grande importância para o paciente, está totalmente apaixonada por ele e irá abandonar tudo para que possam se casar. A erotomania (na variante descrita por Clerambault [1921/1995]) ocorre mais entre as mulheres, e a pessoa amada geralmente é mais rica, mais velha, de *status* social mais alto que o da paciente. É relativamente freqüente que a pessoa "escolhida" seja o médico ou a médica do indivíduo. A erotomania ocorre com mais freqüência, como sintoma isolado, em transtornos delirantes.

Delírios de conteúdo depressivo

Os **delírios de conteúdo depressivo** são aqueles que têm temática de colorido marcadamente triste, como ruína ou miséria, culpa ou auto-acusação, doenças e mesmo o desaparecimento de partes do corpo (negação de órgãos). São tipos de delírio intimamente associados a estados depressivos profundos. Esses delírios são o inverso dos delírios de grandeza ou daqueles em que o sujeito acredita ser alguém muito especial (verificados em certos quadros de mania). Além disso, diz-se que, nos transtornos do humor que cursam com idéias delirantes, o delírio é "congruente com o humor" quando, em episódio de depressão psicótica, se observam delírios de ruína, culpa, negação de órgãos ou hipocondríacos (e, no caso da mania, delírios de grandeza). Quando os conteúdos dos delírios não estão coerentes com a alteração do humor, diz-se que eles são "incongruentes com o humor" ou humor-incongruentes (delírio persecutório em quadro depressivo, sem a idéia de "merecer" ser perseguido, ou delírio de controle em quadro de mania).

> Os delírios de conteúdo depressivo são aqueles que têm temática de colorido marcadamente triste, como ruína ou miséria, culpa ou auto-acusação, doenças e mesmo o desaparecimento de partes do corpo (negação de órgãos). São tipos de delírio intimamente associados a estados depressivos profundos.

Os principais delírios de conteúdo depressivo são os de ruína, de culpa e de auto-acusação, de negação de órgãos e hipocondríacos.

Delírio de ruína (ou niilista)

Neste caso, o indivíduo vive em um mundo repleto de desgraças, está condenado à miséria, ele e sua família irão passar fome, o futuro lhe reserva apenas sofrimentos e fracassos. Em alguns casos, o paciente acredita estar morto ou que o mundo inteiro está destruído e todos estão mortos.

Delírio de culpa e de auto-acusação

Aqui o indivíduo afirma, sem base real para isso, ser culpado por tudo de ruim que acontece no mundo e na vida das pessoas que o cercam, ter cometido um grave crime, ser uma pessoa indigna, pecaminosa, suja, irresponsável, que deve ser punida por seus pecados. O delírio de culpa ou auto-acusação é bastante característico das formas graves de depressão.

Delírio de negação de órgãos

O indivíduo experimenta profundas alterações corporais. Relata que seu corpo está

destruído ou morto, que não tem mais um ou vários órgãos, como o coração, o fígado ou o cérebro, suas veias "estão secas", não tem mais nem uma gota de sangue, seu corpo secou ou apodreceu, seus braços e pernas estão se "esfarelando". Denomina-se **síndrome ou delírio de Cottard** quando o delírio de negação de órgãos vem acompanhado de delírio de imortalidade e de enormidade ("Não vou morrer nunca mais, vou sofrer para o resto da eternidade") e, mais raramente, de delírio de enormidade (o paciente vivencia o corpo se expandindo, tomando conta de todo o quarto, crescendo até proporções gigantescas). Na literatura científica de língua inglesa, muitas vezes denomina-se o delírio de Cottard como delírio niilista, o que expressa certa imprecisão conceitual. O delírio de negação de órgãos e a síndrome de Cottard são típicos das depressões graves com marcante componente ansioso. Podem ocorrer também em quadros psico-orgânicos crônicos e na esquizofrenia.

> Denomina-se síndrome ou delírio de Cottard quando o delírio de negação de órgãos vem acompanhado de delírio de imortalidade e de enormidade.

Delírio hipocondríaco

O indivíduo crê com convicção extrema que tem uma doença grave, incurável, que está contaminado pelo vírus da AIDS, que irá morrer brevemente em decorrência do câncer. É um tipo de delírio muitas vezes difícil de ser diferenciado das idéias hipocondríacas não-delirantes. Os exames laboratoriais negativos, as avaliações de diferentes especialistas, os exames de imagem (tomografia, ressonância, etc.), nenhuma dessas constatações o demovem da crença de que sofre de uma doença terrível. O que diferencia o delírio hipocondríaco da idéia hipocondríaca é a intensidade da crença, assim como a total ausência de crítica do paciente e seu envolvimento com as preocupações hipocondríacas. O delírio hipocondríaco ocorre em pacientes com depressões graves, em casos de transtorno delirante (paranóia) e também na esquizofrenia.

> O que diferencia o delírio hipocondríaco da idéia hipocondríaca é a intensidade da crença, assim como a total ausência de crítica do paciente e seu envolvimento com as preocupações hipocondríacas.

Outros tipos de delírio menos freqüentes

Delírio de reivindicação (ou querelância)

Neste caso, o indivíduo, de forma completamente desproporcional em relação à realidade, afirma ser vítima de terríveis injustiças e discriminações e, em conseqüência disso, envolve-se em intermináveis disputas legais, querelas familiares, processos trabalhistas, etc. São freqüentes os delírios de reivindicação associados a questões de herança e trabalhistas (aposentadorias, direitos não-recebidos, etc.). O indivíduo considera-se o representante dos injustiçados, dos perseguidos, e engaja-se tenazmente contra as injustiças, das quais julga ser a principal vítima. Ocorre mais comumente em transtornos delirantes (paranóia).

Delírio de invenção ou descoberta

Aqui o indivíduo, mesmo completamente leigo na ciência ou na área tecnológica em questão, revela ter descoberto a cura de uma doença grave (da AIDS, do câncer, etc.), ou ter desenvolvido um aparelho moderno fantástico; enfim, descobertas ou invenções que irão mudar o mundo. Verifica-se principalmente nos transtornos deli-

rantes (antiga paranóia), na esquizofrenia e na mania.

Delírio de reforma (ou salvacionismo)

Ocorre entre indivíduos que se sentem destinados a salvar, reformar, revolucionar ou redimir o mundo ou a sua sociedade. Tal plano revolucionário ou salvacionista está muitas vezes fundamentado em dogma ou sistema religioso ou político, desenvolvido pelo próprio delírio. Esses delirantes têm convicção plena de que seu sistema religioso ou político é absolutamente o único capaz de salvar de fato a humanidade.

Delírio cenestopático

O indivíduo afirma que existem animais (cobra, rato, etc.) ou objetos dentro de seu corpo. Esse tipo de delírio baseia-se na interpretação delirante de sensações corporais vivenciadas pelo paciente, mas sem a temática de doença. Em determinado caso, o paciente afirmava que tinha uma laranja podre dentro de seu crânio; em outro, a paciente acreditava ter uma cobra em seu abdome e um peixe dentro da vagina. Pode ocorrer principalmente na esquizofrenia e nos transtornos delirantes.

Delírio de infestação (síndrome de Ekbom)

O indivíduo acredita que seu corpo (principalmente sua pele e/ou seus cabelos) está infestado por pequenos (mas macroscópicos) organismos. Relata, no mais das vezes, que há “bichinhos sob a pele”, insetos nos cabelos, vermezinhos, aranhas, etc. Acompanhando o delírio, podem ocorrer alucinações táteis (correspondentes aos “pequenos insetos”). Esse tipo de delírio ocorre em pacientes esquizofrênicos, deprimidos, no *delirium tremens*, em intoxicações por cocaína ou alucinógenos e em indivíduos obcecados pela higiene corporal (Sims, 1995).

> No delírio de infestação, o paciente relata, no mais das vezes, que há “bichinhos sob a pele”, insetos nos cabelos, vermezinhos, aranhas.

Delírio fantástico ou mitomaníaco

O indivíduo descreve histórias fantásticas com convicção plena, sem qualquer crítica. Esse tipo de delírio é notável pelas histórias e narrativas fabulosas, totalmente irreais, descrições que se assemelham a contos fantásticos, ricos em detalhes e francamente inverossímeis. O delírio fantástico ocorre tipicamente na parafrenia (por isso, denominada por Kraepelin de *parafrenia fantástica*).

Freqüência dos delírios segundo seus conteúdos

Os delírios mais freqüentes (três quartos dos delírios) são os que têm conteúdos de perseguição, que incluem não apenas os delírios propriamente persecutórios, mas também os de referência, de relação e de influência (todos eles quase sempre com colorido persecutório). Outros tipos são mais raros (como o de invenção, o de infestação, o cenestopático e o fantástico), embora possam ser eventualmente observados. Na Tabela 19.1, são apresentados resumidamente alguns trabalhos feitos em diferentes contextos socioculturais que identificaram os tipos de delírio mais freqüentes em pacientes internados acompanhados em serviços de saúde mental.

> Os delírios mais freqüentes (três quartos dos delírios) são os que têm conteúdos de perseguição.

Tabela 19.1
Tipos de delírio segundo seus conteúdos mais freqüentes, em diferentes contextos socioculturais

Tipo de delírios	EUA[1] 317 pacientes	Áustria[2] 639 pacientes	Brasil[3] 24 pacientes	Brasil[4] 60 pacientes
Perseguição	51,1%	73,2%	75%	74%
Influência (IF) ou auto-referência (AR)	26,5% (IF)	Incluídos nos de perseguição	50% (AR)	13,6% (IF)
Grandeza	23%	4,7%	25%	11,6%
Religioso*	18%	6,6%	25%	–
Culpa	2,2%	–	20%	–
Doença	1,9%	1,4%	–	–
Ciúmes	–	4,4%	–	–
Erotomania	–	2,5%	–	–

1. Appelbaum, Robbins e Roth (1999); 2. Gutiérrez-Lobos et al. (2001); 3. Dalgalarrondo et al. (2003); 4. Dalgalarrondo (2007). Obs.: Em todos os estudos, foram avaliados pacientes hospitalizados, internados, com diagnósticos psiquiátricos variados (entretanto, predominou amplamente em todas as amostras o diagnóstico de esquizofrenia). Como observado, um paciente pode apresentar mais de um tipo de delírio.
*Os delírios com conteúdos místicos ou religiosos ocorrem em diferentes culturas em uma faixa inferior de 5% (Paquistão) e 7% (Japão) até a faixa superior de 40% (Nigéria) e 48% (em Gana) (revisão em Dalgalarrondo, 2007).

Possíveis causas e teorias etiológicas dos delírios

Mesmo sendo o delírio um dos fenômenos mais centrais da psicopatologia, não há uma única teoria que explique satisfatoriamente sua etiologia.

Mesmo sendo o delírio um dos fenômenos mais centrais da psicopatologia, não há uma única teoria que explique satisfatoriamente sua etiologia. Como as alucinações, o delírio (embora em menor grau) tende a regredir de forma inespecífica com o uso de medicamentos antipsicóticos. Isso estimula a crença de que haja fatores etiológicos comuns a todos os tipos de delírio. Tais hipotéticos fatores comuns ainda não dispõem, entretanto, de evidências empíricas suficientes para sustentar uma teoria etiológica geral do delírio. De qualquer forma, apresentam-se a seguir algumas das principais hipóteses sobre as causas do delírio, divididas em quatro grandes grupos.

Hipóteses causais e modelos psicanalíticos e psicodinâmicos

Freud [1911] (1976) postulou que haveria, na base do delírio, sobretudo no de perseguição, um processo de transformação de impulsos e desejos inaceitáveis (em especial, homossexuais) ao sujeito consciente que se expressaria como delírios persecutórios (Simanke, 1994). Seu modelo básico foi uma cadeia de três enunciados que se sucederiam:

1º ***Eu (um homem) amo aquele homem*** *(conteúdo básico inconsciente)*.
2º ***Eu odeio aquele homem*** (inversão afetiva inconsciente de amor em ódio).
3º ***Aquele homem me odeia*** (projeção, também inconsciente, de impulsos inconscientes sobre objetos externos ao Eu, gerando conteúdo consciente, agora aceitável).

A chamada ***teoria da hostilidade*** (Swanson; Bohnert; Smith, 1970) postula que ocorrem os dois últimos passos da fórmula freudiana. Assim, sujeitos delirantes paranóides projetariam inconscientemente seu ódio ou hostilidade intensos nos outros e passariam a sentir que estes os odeiam e querem destrui-los. Uma variante dessa formulação foi feita por Sullivan (1965) em sua **teoria da humilhação**, a qual postula que a projeção de auto-acusações em outros, sobretudo quando o sujeito transfere a acusação de inferioridade pessoal para fora de seu Eu (não é mais o paciente que se acusa de inferioridade, são os outros que o acusam), é componente importante do desenvolvimento da ideação delirante de perseguição.

Sujeitos delirantes paranóides projetariam inconscientemente seu ódio ou hostilidade intensos nos outros e passariam a sentir que estes os odeiam e querem destrui-los.

Posteriormente, a escola inglesa de psicanálise (Melanie Klein, Bion, Rosenfeld) propôs que, já entre as crianças pequenas, as fantasias agressivas conduziriam ao medo intenso da retaliação (Hinshelwood, 1992). Tal medo reforça a ansiedade que, por sua vez, incrementa as fantasias agressivas (círculo vicioso dominado pela pulsão de morte). Há também, no psiquismo infantil (que se mantém, em parte, nos adultos), a cisão dos objetos internos em maus e persecutórios, por um lado, e bons e protetores, por outro. Na psicose, nos quadros paranóides, o delírio adviria da projeção inconsciente maciça tanto das fantasias agressivas como dos objetos maus persecutórios em pessoas reais do meio externo.

Finalmente, Lacan (1985) formulou que o delírio implicaria a tentativa de autocura. O sujeito psicótico apresentaria um mecanismo de rechaço ou eliminação radical de elementos essenciais à constituição do psiquismo (especificamente de sua dimensão simbólica), o qual Lacan denominou *foraclusão*. Ao excluir do psiquismo, por exemplo, a construção simbólica de paternidade – o "nome do pai" (como elemento simbólico essencial) –, surge um vazio avassalador que o sujeito psicótico busca preencher por meio de construções delirantes substitutivas.

Hipóteses causais e modelos existenciais (focados na interação humana)

Na perspectiva existencial, o delírio advém de profundo distúrbio do encontro co-humano. Haveria um transtorno fundamental da comunicação inter-humana. Binswanger (1949) afirma que, no delirante, é a estrutura de sua existência, de seu *estar-no-mundo*, que se transforma profundamente. Conforme ele, lida-se com uma *decapitação* existencial, da privação de poder e liberdade existenciais (*Entmächtigung*). O "mundo", do *estar-no-mundo* do sujeito delirante, não mais significa a totalidade de condições variadas que a existência tomou no seu progredir e que lhe permite a liberdade de locomover-se em distintos sentidos, e sim uma fonte cons-

Na perspectiva existencial, o delírio advém de profundo distúrbio do encontro co-humano. Haveria um transtorno fundamental da comunicação inter-humana.

tante e estereotipada de ameaça, de hostilidade. Carol Sonenreich (Sonenreich; Corrêa, 1985) formula que o sujeito delirante apresenta um modo peculiar de interação com os outros marcado pela *perda da capacidade de comunicação lógica*. Para ele, o delirante não pode mais se colocar na relação com o outro por meio de um diálogo em que se formulem várias hipóteses, não pode *interrogar-se sobre o mundo, experimentar diversas soluções e optar entre elas*. Ele se enrijece e empobrece, lançando mão de *idéias automatizadas, de uso comum, simplificadas, idéias pré-fabricadas*. O delirante é o sujeito com mais certezas que há, não admite a dúvida; por isso, é privado de liberdade existencial. German Berrios e Fuentenebro de Diego (1996) apresentaram uma hipótese próxima à de Sonenreich, postulando que os delírios seriam *atos lingüísticos vazios* (*empty speech acts*). A narrativa delirante constituiria-se como um conjunto de retalhos semânticos, tomados aleatoriamente no momento da cristalização do delírio (daí a presença de conteúdos culturais no discurso delirante sem as amarras coletivas que os tornariam significativos na interação social).

O delirante é o sujeito com mais certezas que há, não admite a dúvida; por isso, é privado de liberdade existencial.

Hipóteses causais e modelos cognitivos

Nos últimos anos, os modelos cognitivos do delírio (sobretudo para o delírio de perseguição) têm ganho relevância no debate científico internacional (revisão em Blackwood et al., 2001). Os principais modelos cognitivos são:

1. da experiência anômala;
2. de vieses atencionais;
3. de vieses atributivos;
4. do viés tipo salto-para-conclusões (ou de procedimentos probabilísticos distorcidos); e
5. do déficit na *teoria da mente*.

No modelo da **experiência anômala**, sugere-se que alguns sujeitos que experimentam vivências estranhas, como ilusões a alucinações sensoriais e/ou estados afetivos disfóricos intensos (desconforto e angústia difusos), tenderiam a atribuir um significado delirante a tais vivências. Já no modelo do **viés atencional**, verificou-se que as pessoas que apresentam delírios de perseguição têm a tendência, já anterior ao delírio, de dirigir sua atenção seletivamente para estímulos ameaçadores do ambiente, costumando lembrar de forma constante de tais episódios. Desses sujeitos, alguns interpretariam os perigos recorrentes de forma francamente delirante. Tal modelo, por si só, parece insuficiente para explicar o surgimento e a manutenção dos delírios. O modelo do **viés atributivo** postula que os delírios poderiam estar vinculados a processos distorcidos de atribuição de causas, atos e intenções. Parte desse modelo surge da constatação de que a maioria das pessoas normais faz atribuições causais (uma atribuição que inclui o termo *porque*) beneficiando a si mesmas. Esse viés serviria para o aumento ou a manutenção da auto-estima. Os delirantes tenderiam a exagerar marcadamente tal viés de atribuição causal (*self-serving attributional bias*), imputando a si mesmos o papel de “inocentes” e “vítimas”, e, aos perseguidores, o papel dos que detêm todos os defeitos e perversidades. Em parte, o viés atributivo também participa do modelo da experiência anômala, pois o processo de inter-

O modelo do viés atributivo postula que os delírios poderiam estar vinculados a processos distorcidos de atribuição de causas, atos e intenções.

pretar um fenômeno anômalo constituindo um delírio implica atribuições de sentido.

No modelo com base no **viés de salto-para-conclusões** (*jumping-to-conclusions*), Hemsley e Garety (1986) utilizaram o teorema de tomada de decisões de Bayes como base teórica para o exame dos vieses de raciocínio de sujeitos delirantes. Nesse teorema, a confiança do sujeito em uma crença corrente deveria aumentar ou diminuir de acordo com o valor de novas evidências obtidas (isso não ocorreria nos delirantes). Assim, verificou-se que pacientes com delírios tendem bem mais que sujeitos normais a extrair firmes conclusões com muito menos evidências fatuais que os indivíduos normais o fazem. Eles saltam logo para as conclusões, sem recorrer aos fatos, apegando-se firmemente a tais conclusões. Estudos empíricos têm revelado que sujeitos delirantes apresentam um viés de "coleta de dados", buscando menos informações antes de chegar a decisões, que propriamente um viés de raciocínio probabilístico (pois são capazes de acumular informações corretamente, gerar hipóteses e testá-las). No modelo com base no **déficit de teoria da mente** (*theory of mind deficit*), investiga-se a habilidade que o indivíduo tem de inferir o estado mental (crenças, pensamentos e intenções) de outras pessoas para, com isso, predizer e explicar os comportamentos dessas pessoas. Tal capacidade é denominada *teoria da mente*. Como os delírios de perseguição refletem uma crença falsa sobre a intenção e o comportamento de outro, o delírio poderia advir de um déficit na capacidade de em ter tal *teoria da mente* (ou de tê-la em nível desenvolvido). Esse modelo foi testado por muitos estudos empíricos com instrumentos variados de pesquisa. Os resultados são contraditórios. Embora alguns sujeitos delirantes apresentem déficits da *teoria da mente*, na maioria das vezes tais déficits parecem mais indicar a desorganização geral do psiquismo encontrada em indivíduos psicóticos.

> Como os delírios de perseguição refletem uma crença falsa sobre a intenção e o comportamento de outro, o delírio poderia advir de um déficit na capacidade em ter tal *teoria da mente.*

Hipóteses causais e modelos neuropsicológicos

O fato de freqüentemente surgirem delírios em muitos transtornos mentais orgânicos, assim como de haver boa taxa de remissão da atividade delirante com o uso de antipsicóticos, sugere fortemente que haja mecanismos neuronais implicados na gênese do delírio. Benson e Stuss (1990) propuseram a presença de disfunção das áreas cerebrais frontais associada ao delírio. A capacidade de auto-observação e auto-avaliação, assim como a monitoração e o teste da realidade, são funções psicológicas altamente dependentes da integridade das áreas pré-frontais. Tais capacidades e funções estão quase sempre comprometidas nos sujeitos delirantes, sugerindo existir disfunção neuropsicológica associada às regiões pré-frontais no delírio.

> A capacidade de auto-observação e auto-avaliação, assim como a monitoração e o teste da realidade, são funções psicológicas altamente dependentes da integridade das áreas pré-frontais. Tais capacidades e funções estão quase sempre comprometidas nos sujeitos delirantes.

Finalmente, cabe assinalar que o delírio é um dos fenômenos mais complexos de toda a psicopatologia e, em sua gênese, intervêm diferentes fatores, de diversos níveis e naturezas. É possivelmente a somatória, em determinado sujeito, em certa situação existencial, dos mecanismos recém-descritos, o que produz, como resultante final, o delírio.

Questões de diagnóstico diferencial do delírio

Idéias prevalentes versus *idéias delirantes*

A diferenciação entre idéias prevalentes e delirantes baseia-se sobretudo em observar cuidadosamente se os indícios externos do delírio estão ou não presentes. Assim, para considerar uma ideação como delirante (e não como idéia prevalente), deve haver: convicção extraordinária (a certeza subjetiva praticamente absoluta), impossibilidade de modificação da idéia pela experiência, franca falsidade ou impossibilidade da idéia sustentada, bem como o caráter associal, não-compartilhado pelo grupo cultural do sujeito, do juízo afirmado. É particularmente difícil estabelecer essa distinção nos casos das **idéias hipocondríacas** (prevalentes ou delirantes) sustentadas com extrema convicção pelo sujeito, assim como nas **ideações intensas de ciúmes** (prevalentes ou delirantes), que também são geralmente asseveradas com grande certeza por alguns indivíduos.

Idéias obsessivas versus *idéias delirantes*

As **idéias ou pensamentos obsessivos** são descritas(os) como idéias estranhas ou absurdas, recorrentes, que se introduzem de forma repetida e incômoda na consciência do sujeito, o qual, apesar de sofrer com elas, tem crítica em relação a seu caráter absurdo. O indivíduo, por exemplo, que teve uma educação religiosa muito rígida pode pensar que "Jesus é um sem-vergonha", ou que a "Virgem Maria é uma prostituta". Reconhece tais pensamentos como absurdos, mas não consegue se livrar deles. O elemento diferencial entre essas idéias e as delirantes é que, no delírio, falta, de modo geral, a crítica ao caráter absurdo do juízo em questão. Em pacientes adolescentes, em indivíduos com retardo mental leve ou mesmo com certa redução normal da inteligência, assim como em alguns esquizofrênicos (com traços obsessivos de personalidade), muitas vezes é bastante difícil estabelecer a distinção entre idéias obsessivas e delirantes. Nesses casos, o paciente afirma seus juízos falsos de forma reiterada, com caráter obsessivo, mas não realiza qualquer crítica sobre eles.

Ao contrário da idéia obsessiva, no delírio, falta, de modo geral, a crítica ao caráter absurdo do juízo em questão.

DELÍRIO E ALUCINAÇÃO

Algumas experiências, tais como vivências corporais bizarras ("Sinto que não tenho mais fígado"; "Sinto que uma cobra anda dentro do meu corpo"; ou "É como se toda noite o demônio tocasse meus órgãos genitais"), não têm qualquer referência em percepções normais (o homem normal não *sente* seu fígado para poder *perceber que ele não mais está lá*) ou, nelas, a experiência sensorial é amplamente interpretativa, com caráter ideativo. Assim, em certos casos, torna-se difícil afirmar que se trata de uma alucinação ou de uma idéia delirante sobre algo aparentemente sensorial. Nessas situações, sugere-se que se opte por classificar o fenômeno por meio do caráter predominante da experiência: quando sensorial, considera-se como alucinação, quando ideativa ou de caráter mais interpretativo, como delírio.

Sugere-se classificar o fenômeno por meio do caráter predominante da experiência: quando sensorial, considera-se como alucinação, quando ideativa ou de caráter mais interpretativo, como delírio.

Mitomania *versus* idéias delirantes

A **mitomania** deve ser diferenciada sobretudo do delírio fantástico. A mitomania foi descrita pelo francês Ernest P. Dupré em 1905. Ela é definida como a tendência patológica a mentir e criar mitos, de modo mais ou menos voluntário e consciente. O paciente mitômano conta longas e complicadas histórias (que mais parecem fábulas), seus feitos, suas aventuras, tudo é falso. Dupré descreveu alguns subtipos de mitomania. Na *mitomania maligna*, o sujeito inventa histórias (orais ou escritas), cria fatos falsos e os divulga para prejudicar ou depreciar alguém (geralmente uma pessoa ingênua e confiante que vive no ambiente do mitômano). Tais mitômanos comumente se mantêm no anonimato e gozam em segredo. Já na *mitomania vaidosa*, mais benigna que a anterior, o sujeito, em geral fanfarrão e charlatão, busca apenas impressionar os outros para se promover. A *mitomania da criança*, por sua vez, é considerada menos patológica, pois expressa a inclinação natural pelo maravilhoso e pelo legendário.

Valor diagnóstico: Em adultos, a mitomania ocorre mais freqüentemente em transtornos da personalidade, sobretudo nos subtipos sociopático, esquizotípico, histriônico e *borderline*. Pessoas com perfil hipertímico (estado hipomaníaco prolongado) também são propensas à mitomania.

Pseudologia fantástica *versus* idéias delirantes

A **pseudologia fantástica** foi descrita em 1891, pelo psiquiatra alemão A. Delbrück, como uma forma de mentira patológica. É bastante difícil de ser diferenciada tanto da mitomania como do delírio fantástico. De fato, muitos autores utilizam os conceitos *pseudologia fantástica* e *mitomania* de forma indistinta. A pseudologia fantástica ocorreria quando o indivíduo mescla sua fantasia, intensa e penetrante, com a realidade (um paciente disse a K. Schneider: "por desgraça, a minha capacidade de confundir o pensamento com a realidade viva é muito grande, para que possa discernir os limites entre ser e parecer"). Os relatos são geralmente grandiosos e extremos, e o sujeito parece acreditar plenamente no que relata. Com freqüência, as pessoas com pseudologia fantástica têm uma enorme ânsia pela estima dos outros, uma tendência à vida imaginativa muito intensa e, em contraposição, o sentido de realidade relativamente frágil. Além disso, suas personalidades são dotadas de certa teatralidade e sugestionabilidade. A pseudologia fantástica pode ser tanto transitória e passageira como duradoura e estável. A situação clássica é a de um indivíduo solitário, sem familiares ou amigos, que, tarde da noite, aparece no pronto-socorro de um hospital de uma cidade estranha, relatando histórias (às vezes, bizarras) referentes à sua grande importância, sobre como tem sido injustiçado e sobre os infortúnios pelos quais tem passado (Sims, 1995). Ocorre geralmente por sugestão auto-induzida (Sá Júnior, 1988), com mais freqüência em pacientes com transtornos da personalidade (principalmente histriônica e *borderline*).

> As pessoas com pseudologia fantástica têm uma enorme ânsia pela estima dos outros, uma tendência à vida imaginativa muito intensa e, em contraposição, o sentido de realidade relativamente frágil.

Como visto, há considerável sobreposição entre os constructos delírio fantástico, mitomania e *pseudologia fantástica*. O delírio se diferencia pelo marcante componente de convicção, tal convicção sendo praticamente absoluta e não modificável por provas de realidade ou confrontações. Já no caso da mitomania *versus* pseudologia

Na mitomania, prevalece o componente de mentira e manipulação (principalmente na *mitomania maligna*), e, na *pseudologia fantástica*, o auto-engano, a auto-sugestão e a busca por estima alheia.

fantástica, deve-se levar em conta que ambas contêm uma mescla de mentira, manipulação, auto-engano, auto-sugestão e ânsia pela estima e pelo reconhecimento dos outros.

Na mitomania, prevalece o componente de mentira e manipulação (principalmente na *mitomania maligna*), e, na *pseudologia fantástica*, o auto-engano, a auto-sugestão e a busca por estima alheia. De qualquer forma, é muito difícil diferenciar entre a *pseudologia fantástica* e o subtipo *mitomania vaidosa*. A *pseudologia fantástica* (mas também a *mitomania*, em menor grau) tem

Quadro 19.1

Semiotécnica do delírio e dos demais transtornos do juízo de realidade

Perguntas para explorar e detalhar

Idéias/delírios de perseguição: Você tem motivos para desconfiar de alguém? Alguém tentou prejudicá-lo? Recebeu ameaças? Foi roubado ou enganado? Alguém o(a) persegue? Tem inimigos? Insultam-no(a)? Por que motivos? Trata-se de um complô, de uma "armação", de uma máfia? Como se comporta sua família em relação a você? Também querem prejudicá-lo(a)? E a(o) sua(seu) esposa(o), confia nela(e)? Também quer prejudicá-lo(a)? Quando começou a perseguição e por que motivo? Você está certo do que me disse ou acha que podem ser "coisas de sua imaginação"? Você não está enganado(a)? Como pensa defender-se desses perigos?

Idéias/delírios de referência: Observou se as pessoas falam de você quando conversam? Tem notado se, na rua ou em outro lugar, alguém o segue ou espia? Alguém faz gestos ou sinais quando você passa? Viu nos jornais ou na televisão alguma coisa a seu respeito? Conhece as pessoas que fazem essas coisas? Que intenção elas têm?

Idéias/delírios de influência: Já sentiu algo externo influenciando seu corpo? Já recebeu algum tipo de mensagem? Alguma força externa influencia ou controla seus pensamentos? Já teve a sensação de que alguém ou algo pode ler a sua mente? Já sentiu que seus pensamentos podem ser percebidos ou ouvidos pelos outros? Tem a sensação de que controlam seus sentimentos, seu corpo ou suas vontades?

Idéias/delírios de ciúmes: Você confia na(o) sua(seu) esposa(o)? Tem motivos para suspeitar de sua fidelidade? Tem provas de que o(a) enganou ou o(a) traiu? Como foi que começou? Como tem certeza de que o(a) traiu?

Idéias/delírios depressivos e hipocondríacos: Tem pensamentos tristes ou negativos? Há algo de que se arrepende? Fez mal a alguma pessoa? Culpam-no(a) de algum crime ou falta? As pessoas reprovam ou condenam seu comportamento? Teme arruinar-se? Acha que não poderá mais trabalhar e que sua família passará fome? Preocupa-se com sua saúde? Que partes de seu corpo estão doentes? Algo está errado com seu corpo? Falta algo em seu corpo? Alguma parte de seu corpo está podre ou estragada?

Idéias/delírios de grandeza: Sente-se especialmente forte ou capaz? Tem algum talento ou alguma habilidade especial? Tem projetos, realizações especiais para o futuro? Aumentou ultimamente a sua capacidade para o trabalho? Observou se uma pessoa importante se interessa por você? Você é uma pessoa rica?

Idéias/delírios religiosos: Você é uma pessoa religiosa? Já teve contato ou recebeu influências de espíritos ou forças sobrenaturais? Você sente que tem uma relação especial com Deus? Teve contato com forças sobrenaturais como espíritos, anjos ou demônios? Já conversou com Deus? Já conversou com espíritos?

Idéias obsessivas: Há pensamentos ou idéias que surgem com freqüência em sua mente? Eles se repetem constantemente? De onde vêm tais pensamentos? São seus mesmo? São desagradáveis? Quais são esses pensamentos? Você faz algo para livrar-se deles? Pratica rituais (de verificação, de limpeza, etc.) para atenuar ou neutralizar esses pensamentos?

sido considerada por diferentes autores ora como transtorno da imaginação ou da memória, ora como transtorno do pensamento. Optou-se, por razões práticas, em situá-las próximas aos delírios, tanto devido ao aspecto de mescla de juízos verdadeiros e falsos como por relevância para o diagnóstico diferencial entre elas e o verdadeiro delírio.

O delírio é um dos temas mais fundamentais e instigantes da psicopatologia. Para leituras adicionais, sugerem-se os livros *Delírio: perspectiva e tratamento*, do professor Leme Lopes (1982), assim como *Delírio: historia, clínica, metateoría*, de Berrios G.E. e Fuentenebro de Diego F. (1996), sendo que este último contém excelente histórico do conceito de delírio. Nos últimos anos, surgiram: *Delírio: um novo conceito projetado em cinemas*, de Fiks (2002), com a hipótese peirceana do delírio, e, finalmente, *As lógicas do delírio*, de Bodei (2003), que apresenta interessante análise filosófica do delírio. Indicam-se, também, as séries "Curso sobre delírios", de Othon Bastos (1986), publicadas no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, e o suplemento do *British Journal of Psychiatry*, "Delusions and awareness of reality", editado por Andrew Sims (1991).

Questões de revisão

- Qual a diferença entre erro simples e delírio? Exemplifique.
- O que são idéias prevalentes ou sobrevaloradas?
- Defina delírio segundo a concepção de Jaspers. Como pode ser identificado clinicamente (indícios externos do delírio)?
- Quais as dimensões do delírio?
- Estabeleça a diferença entre delírio primário e secundário.
- Classifique os delírios de acordo com sua estrutura.
- Caracterize o processo seqüencial no desenvolvimento do delírio conforme os pressupostos de Klaus Konrad.
- Quais os mecanismos constitutivos ou formadores do delírio? Caracterize-os.
- Quais os mecanismos de estabilização/manutenção do delírio?
- Classifique os delírios de acordo com seus conteúdos.
- Quais as possíveis causas e teorias etiológicas do delírio? Argumente sua resposta com pressupostos teóricos (hipóteses e modelos).
- Como estabelecer um diagnóstico diferencial entre idéias prevalentes e delirantes? E entre idéias obsessivas e delirantes?
- Como estabelecer um diagnóstico diferencial entre:

  a) Delírio e alucinação
  b) Mitomania e idéias delirantes
  c) Pseudologia fantástica e idéias delirantes

20

A linguagem e suas alterações

Temos à escolha um ou outro dos hemisférios cerebrais;
mas vamos por este, que é onde nascem os substantivos.
Os adjetivos nascem no da esquerda. Descoberta minha,
que, ainda assim, não é a principal, mas a base dela,
como se vai ver. Sim, meu senhor, os adjetivos nascem
de um lado, e os substantivos de outro, e toda a sorte de
vocábulos está assim dividida por motivo da
diferença sexual...
– *Sexual?*
Sim, minha senhora, sexual. As palavras têm sexo. Estou
acabando a minha grande memória psico-léxico-lógica,
em que exponho e demonstro esta descoberta. Palavra tem sexo.
– *Mas, então, amam-se umas às outras?*
Amam-se umas às outras. E casam-se. O casamento delas é o que
chamamos estilo. Senhora minha, confesse que não entendeu nada.

*Machado de Assis (*O cônego ou metafísica do estilo*, 1896)*

DEFINIÇÕES BÁSICAS

A linguagem, particularmente na sua forma verbal, é uma atividade especificamente humana, talvez a mais característica de nossas atividades mentais.

A linguagem, particularmente na sua forma verbal, é uma atividade especificamente humana, talvez a mais característica de nossas atividades mentais. É o principal instrumento de comunicação dos seres humanos. Além disso, é fundamental na elaboração e na expressão do pensamento. Alterações da linguagem, embora de definição e delimitação difíceis, sempre foram de grande interesse para a psicopatologia (revisão em Thomas; Fraser, 1994).

O trabalho de Ferdinand de Saussure, em 1916, distinguiu duas dimensões básicas da linguagem: a ***langue***, ou seja, a língua, o sistema lingüístico que inclui todas as regularidades e os padrões que subjazem aos enunciados de uma língua, e a ***parole*** (em português, palavra, seja ela falada, lida ou escrita), ou seja, os comportamentos lingüísticos empreendidos pelos sujeitos, os seus enunciados reais (Weedwood, 2002).

Especificamente em relação à língua, é preciso diferenciar ainda três elementos essenciais de qualquer língua ou idioma: o **fonético**, que se refere aos sons, aos ele-

mentos materiais da fala; o **semântico**, relacionado à significação dos vocábulos utilizados em determinada língua, e o **sintático**, que diz respeito à relação e à articulação lógica das diversas palavras.

Além disso, é possível descrever as seguintes **funções da linguagem**:

1. A **função comunicativa**, que garante a socialização do indivíduo.
2. A linguagem como **suporte do pensamento**, particularmente de sua forma evoluída, como pensamento lógico e abstrato.
3. A linguagem como **instrumento de expressão** dos estados emocionais, das vivências internas, subjetivas.
4. A linguagem como **afirmação do eu** e de instituição das oposições eu/mundo, eu/tu, eu/outros.
5. A linguagem na sua **dimensão artística e/ou lúdica**, como elaboração e expressão do belo, do dramático, do sublime ou do terrível, isto é, a linguagem como poesia, como literatura.

A questão sobre o que é afinal a linguagem tem motivado sérias controvérsias e intenso debate na teoria lingüística moderna. Cabe aqui citar textualmente o lingüista dinamarquês Louis Trolle Hjelmslev (1975), que, de modo muito expressivo, procurou descrever o que é a linguagem:

> A linguagem – a fala – é uma inesgotável riqueza de múltiplos valores. A linguagem é inseparável do homem e segue-o em todos os seus atos. A linguagem é o instrumento graças ao qual o homem modela seu pensamento, seus sentimentos, suas emoções, seus esforços, sua vontade e seus atos, o instrumento graças ao qual ele influencia e é influenciado, a base última e mais profunda da sociedade humana. Mas é também o recurso último e indispensável do homem, seu refúgio nas horas solitárias em que o espírito luta com a existência, e quando o conflito se resolve no monólogo do poeta e na meditação do pensador. [...] A linguagem não é um simples acompanhante, mas sim um fio profundamente tecido na trama do pensamento; para o indivíduo, é o tesouro da memória e a consciência vigilante transmitida de pai para filho. Para o bem e para o mal, a fala é a marca da personalidade, da terra natal e da nação, é o título de nobreza da humanidade.

A linguagem é ainda um sistema de signos arbitrários, o signo lingüístico, as palavras. Esses signos ganham seus significados específicos por meio de um sistema de convenções historicamente dado. A linguagem é, portanto, uma criação social de cada um e de todos os grupos humanos.

A linguagem é, portanto, uma criação social de cada um e de todos os grupos humanos.

Para o lingüista norte-americano Noam Chomsky (2005), independentemente da causa que, em um passado remoto, incitou o homem a começar a falar, a criar e a utilizar a linguagem, o que deve ser sublinhado é que todos os seres humanos, independentemente de raça, de cultura ou de época, utilizam o mesmo "aparelho" fisiológico para falar. Chomsky, em sua *gramática gerativa*, diferencia dois níveis de estruturas gramaticais: um superficial e outro profundo. Além disso, o essencial para ele é distinguir entre o conhecimento que uma pessoa tem das regras de uma língua (*competência*) e o uso efetivo dessa língua em situações reais (*desempenho*). Para Chomsky, os falantes usam sua competência de forma muito mais rica que as limitações de sua língua específica (seu *corpus* lingüístico). É importante, pois, descobrir as realidades mentais subjacentes ao modo como as pessoas usam a sua língua (Weedwood, 2002).

Para Chomsky, é, pelo menos, admissível que os homens sejam geneticamente "programados" para falar, para utilizar a

linguagem. Ele acredita que existam certas unidades fonológicas, sintáticas e semânticas de caráter universal. Categorias sintáticas como substantivo, verbo, tempo passado e componentes do significado de palavras, tais como "masculino" ou "objeto físico", pertencem a conjuntos fixos de elementos segundo os quais pode-se descrever a estrutura sintática e semântica em todas as línguas. É o que Chomsky chama de "universais substantivos" (Lyons, 1989).

Além disso, Chomsky chama a atenção para um aspecto essencial da linguagem humana: a **criatividade** (ou, em sua terminologia, a "abertura"). Para ele, qualquer concepção de linguagem, qualquer teoria lingüística deve refletir a capacidade quase inesgotável que os sujeitos têm de produzir e compreender sentenças novas, que jamais ouviram anteriormente. As pessoas produzem, enunciam e entendem frases novas, a partir de princípios sistemáticos ou regras gramaticais, as quais, embora determinantes, são desconhecidas (inconscientes) pelos próprios sujeitos. Esse domínio criativo da linguagem, apanágio do ser humano, torna o estudo dos distúrbios da linguagem em psicopatologia um dos mais complexos, pois, devido à grande flexibilidade da produção da linguagem, torna-se muitas vezes difícil discriminar o normal do patológico. Sobre esse aspecto criativo e criador da linguagem, assim fala o poeta:

Devido à grande flexibilidade da produção da linguagem, torna-se muitas vezes difícil discriminar o normal do patológico.

Palavra viva
Palavra com temperatura, palavra
Que se produz
Muda
Feita de luz mais que de vento, palavra
[...]
Palavra minha
Matéria, minha criatura, palavra
Que me conduz
Mudo
E que me escreve, desatento, palavra.

Chico Buarque de Hollanda
(Uma palavra, *1989)*

Finalmente, em relação às contribuições mais relevantes à compreensão da linguagem, cabe citar o lingüista russo Mikhail Bakhtin (1895-1975) (1992). Para ele, a língua é fundamentalmente uma atividade social, não importando tanto o enunciado, o produto, mas sobretudo a *enunciação*, o processo verbal. Nesse sentido, a língua é concebida como um fato social, cuja existência se baseia na necessidade de comunicação. Só há linguagem onde ocorre a possibilidade de interação social, de diálogo. A língua não se situa isoladamente na mente dos falantes, nem é um sistema abstrato pairando acima das relações sociais. A língua é um processo empreendido conjuntamente pelos falantes e pelos ouvintes em interação recíproca e constante, contextualizada em determinado ambiente histórico, político e cultural (Weedwood, 2002).

Há certa polêmica na literatura científica quanto à independência e à autonomia da linguagem em relação ao pensamento e à inteligência. Seria a linguagem intimamente conectada ao pensamento, uma forma de expressão de processos de pensar intrinsicamente ligada a eles. Nessa perspectiva, a linguagem nada mais seria que uma "parte" ou "forma de expressão" do pensamento. Contra essa visão, muito intuitiva e difundida, há algumas críticas teóricas e dados empíricos. Iniciamente pode-se citar a psicologia cognitiva de Piaget (Piaget; Inhelder, 1973), que formula a existência de "pensamento" e "inteligência" antes de haver linguagem verbal nos be-

Há certa polêmica na literatura científica quanto à independência e à autonomia da linguagem em relação ao pensamento e à inteligência.

bês. São as formas de pensamento-inteligência relacionadas a esquemas sensório-motores.

Além disso, duas síndromes diferentes fornecem dados empíricos a favor da independência de domínios entre linguagem e pensamento/inteligência (Gerrans, 2003). A síndrome de Williams (SW) é uma condição genética (deleção de 17 genes contíguos do cromossomo 7q11.23). Nessa síndrome, a criança apresenta QI médio em torno de 50 a 65, semelhante ao de uma criança com síndrome de Down. Entretanto, as crianças com SW têm habilidades lingüísticas (fluência verbal, profundidade de vocabulário e sociabilidade relacionada) próximas a de uma criança cognitivamente normal. Ou seja, embora tenham retardo mental, suas habilidades lingüísticas estão próximas às de uma criança cognitivamente normal. Já nos chamados transtornos específicos de linguagem, a criança, embora tenha um desempenho cognitivo praticamente normal em todas as esferas cognitivas, apresenta graves dificuldades na linguagem expressiva e/ou receptiva. O recém-exposto aponta para certa independência tanto cognitiva como neurofuncional entre o domínio da linguagem e os outros domínios cognitivos que comumente são associados à inteligência e ao pensamento.

Nos chamados transtornos específicos de linguagem, a criança, embora tenha um desempenho cognitivo praticamente normal em todas as esferas cognitivas, apresenta graves dificuldades na linguagem expressiva e/ou receptiva.

ALTERAÇÕES DA LINGUAGEM

Alterações da linguagem secundárias a lesão neuronal identificável

Tais alterações ocorrem geralmente associadas a acidentes vasculares cerebrais, tumores cerebrais, malformações arterio-venosas, etc. Há, portanto, alterações neuronais identificáveis, evidentes, que produzem esses sintomas. Na maioria dos casos, as lesões ocorrem no **hemisfério esquerdo**, nas regiões ditas **áreas cerebrais da linguagem** (frontal póstero-inferior, temporal póstero-superior, etc.). É comum, portanto, que os déficits orgânicos da linguagem venham acompanhados de hemiparesias do dimídio direito do corpo. A seguir apresentam-se as alterações específicas da linguagem secundárias a lesão neuronal.

Afasia

É a perda da linguagem, falada e escrita, por incapacidade de compreender e utilizar os símbolos verbais (revisões em Engelhardt; Laks; Rozenthal, 1996; Madalozzo; Tognola, 2006). A afasia é sempre a perda de habilidade lingüística que foi previamente adquirida no desenvolvimento cognitivo do indivíduo; tal perda se deve, em regra, a lesão neuronal do SNC. Assim, a afasia é, por definição, um distúrbio orgânico da linguagem, na ausência de incapacidade motora (do órgão fonador) para produzi-la. Também importante para o diagnóstico de afasia é que não haja perda global e grave da cognição como um todo. Os principais tipos de afasia são:

1. **Afasia de expressão ou de Broca**. Trata-se da afasia **não-fluente**, na qual o indivíduo, apesar do órgão fonador preservado, **não consegue falar** ou fala com dificuldades, de forma monótona, pois seus pronunciamentos são curtos, com latência aumentada nas respostas e sem contorno melódico. Assim, o paciente tem grande dificuldade (ou impossibilidade) de produzir a linguagem, de expressá-la de modo fluente. Entretan-

to, a compreensão da linguagem está relativamente preservada. A afasia de Broca ocorre por lesões (na maior parte das vezes, vasculares) dos giros frontais póstero-inferiores esquerdos (área de Broca). Acompanha-se geralmente de hemiparesia direita, mais acentuada no braço. Nas formas mais leves, observa-se o **agramatismo** (o indivíduo fala sem observar as preposições, os tempos verbais, etc., produzindo enunciados como: "Eu querer isso"; "Gostar água"; etc.).

2. **Afasia de compreensão ou de Wernicke**. Consiste na **afasia fluente**, em que o indivíduo continua podendo falar, mas a sua **fala é muito defeituosa**, às vezes incompreensível. O paciente não consegue compreender a linguagem (falada e escrita) e tem dificuldades para a repetição. Fala sem hesitação, mas produz muitos erros na escolha de palavras para expressar uma idéia. Geralmente não há hemiparesias associadas. Ocorre por lesões das áreas temporais esquerdas póstero-superiores (área de Wernicke).
3. **Afasia global**. Geralmente é uma afasia grave, **não-fluente**, acompanhada por hemiparesia direita, mais acentuada no braço. Deve-se a lesões amplas da região perisilviana esquerda.

Existem outras formas de afasias (de condução, transcorticais, anômicas, etc.) que são apresentadas, de modo resumido, no Quadro 20.1.

Parafasias

São formas mais discretas de déficit de linguagem, nas quais o indivíduo deforma determinadas palavras, como designar de "cameila" a cadeira, de "ibro" o livro, e assim por diante. Ocorrem muitas vezes no início das síndromes demenciais.

Agrafia

É a perda, por lesão orgânica, da linguagem escrita, sem que haja qualquer déficit motor ou perda cognitiva global. Ocorre em forma pura (agrafia pura, por lesão da segunda circunvolução frontal) e em forma associada às afasias.

Alexia

É a perda, de origem neurológica, da capacidade previamente adquirida para a leitura. Dá-se associada às afasias e às agrafias. Pode ocorrer forma pura e isolada. A **dislexia** é uma disfunção leve de leitura, encontrada principalmente em crianças que apresentam dificuldades diversas no aprendizado da linguagem escrita.

Disartria

É a incapacidade de articular corretamente as palavras devido a alterações neuronais referentes ao aparelho fonador, alterações estas que produzem paresias, paralisias ou ataxias da musculatura da fonação. A fala é pastosa, aparentemente "embriagada"; a articulação das consoantes labiais e dentais é muito defeituosa, tornando, às vezes, difícil a compreensão. Foram descritas formas flácidas, espásticas, hiper e hipocinéticas de disartria. Ocorrem em inúmeras patologias neuropsiquiátricas e neurológicas, particularmente na paralisia geral progressiva associada à neurossífilis, no complexo cognitivo-motor da AIDS e nas paralisias bulbares e pseudobulbares.

Quadro 20.1
Resumo dos tipos de afasia e suas características clínicas (adaptado de Cummings; Trimble, 1995)

Tipo de afasia	Fluência	Compreensão	Repetição	Localização no hemisfério esquerdo
Wernicke	Fluente	Comprometida	Comprometida	Temporal póstero-superior
Transcortical sensorial	Fluente	Comprometida	Intacta	Giro angular
Talâmica	Fluente	Comprometida	Intacta	Tálamo (início com mutismo, disartria e grave hemiparesia)
De condução	Fluente	Intacta	Comprometida	Fascículo arqueado
Anômica	Fluente	Intacta	Intacta	Temporal anterior; giro angular
Broca	Não-fluente	Intacta	Comprometida	Frontal inferior
Transcortical motora	Não-fluente	Intacta	Intacta	Frontal medial ou área superior de Broca
Transcortical mista	Não-fluente	Comprometida	Intacta	Lesões das afasias transcorticais motoras e sensoriais
Global	Não-fluente	Comprometida	Comprometida	Áreas de Broca e de Wernicke

Disfonia e disfemia

Estes são termos importantes na clínica, geralmente utilizados de forma imprecisa em psicopatologia. Segundo a definição de Sá Jr. (1988), a **disfonia** é a alteração da fala produzida pela mudança na sonoridade das palavras. Já a **afonia** é uma forma acentuada de disfonia, na qual o indivíduo não consegue emitir qualquer som ou palavra. Tal alteração de sonoridade é causada por uma disfunção do aparelho fonador ou um defeito da respiração durante a fala. A **disfemia** é a alteração da linguagem falada sem qualquer lesão ou disfunção orgânica, determinada por conflitos e fatores psicogênicos. A disfemia, ou afemia, está comumente associada a estados emocionais intensos, a quadros histéricos conversivos e a conflitos inconscientes intensos.

A disfemia é a alteração da linguagem falada sem qualquer lesão ou disfunção orgânica, determinada por conflitos e fatores psicogênicos.

A **gagueira** é um tipo freqüente de disfemia. Trata-se da dificuldade ou da impossibilidade de pronunciar certas sílabas, no começo ou ao longo de uma frase, com repetição ou intercalação de fonemas (ga, gue, qui, que, etc.) ou somente trepidação na elocução (chamada gagueira clônica), conseguindo o paciente, ao final, terminar a frase normalmente. Em outro tipo de gagueira, o paciente não consegue pronunciar determinada palavra, manifestando

evidente esforço, acabando por dizê-la de forma expulsiva ou sibilante e rápida (gaguez tônica). A gagueira pode ocorrer tanto devido a defeitos mecânicos da fonação – excessiva rapidez de emissão da voz, uso de tons inadequados, respiração viciosa – como devido a fatores emocionais, como ansiedade e timidez. A gagueira é um fenômeno um tanto análogo ao tique, pois, na sua produção, atuam fatores genético-familiares e neurobiológicos, assim como aspectos psicológicos e emocionais (Nascimento, 1974).

A gagueira pode ocorrer tanto devido a defeitos mecânicos da fonação – excessiva rapidez de emissão da voz, uso de tons inadequados, respiração viciosa – como devido a fatores emocionais, como ansiedade e timidez.

Dislalia

É a alteração da linguagem falada que resulta da deformação, da omissão ou da substituição dos fonemas, não havendo alterações identificáveis nos movimentos dos músculos que participam da articulação e da emissão das palavras. As dislalias orgânicas resultam de defeitos da língua, dos lábios, da abóbada palatina ou de qualquer outro componente do aparelho fonador. Nas dislalias funcionais, não se observam alterações orgânicas do aparelho fonador, sendo a sua origem geralmente psicogê-

Quadro 20.2
Semiotécnica simplificada da afasia

Observar inicialmente como é a fala espontânea do paciente. É possível estabelecer contato verbal com o paciente? A fala é fluente ou reduzida? Levando-se em conta a experiência escolar do paciente, sua fala é correta ou incorreta do ponto de vista gramatical, a fala revela riqueza ou empobrecimento da linguagem? Verificar a adaptação dos termos às idéias, as orações incompreensíveis, as perifrases, as repetições ("intoxicação" por uma palavra).

Verificar a capacidade do paciente de *escrever* uma frase, *compreender* o que lhe é dito, *repetir* palavras e frases. Testar a fluência verbal.

Solicitar inicialmente ao paciente que **escreva uma frase completa**, por exemplo:
Escreva por que motivo você está aqui.
Caso o paciente consiga escrever uma frase completa, com sentido e gramaticalmente correta, isso indica que uma afasia grave ou moderada é pouco provável.

Verificar se o paciente pode **compreender estas perguntas**:
Qual o nome de seu pai? O que é um barco? O que você faria se tivesse de ir ao centro da cidade e estivesse chovendo? Em quem você acredita mais, naquela pessoa que promete ou naquela pessoa que cumpre?

Fazer a **prova de Pierre Marie**, para verificar a **audição** e a **compreensão verbal**:
Entregar ao paciente três pedaços de papel, de tamanhos diferentes, e pedir para ele entregar o papel grande, guardar o médio no bolso e jogar o pequeno no chão.
Solicitar a seguir que ele **repita**: casa, lápis, Pindamonhangaba, rio Capiberibe. Pedir que repita: "O rio Amazonas cruza uma floresta enorme e úmida" e "O jogador de futebol ganha muito dinheiro, mas leva muitos chutes".

Testar a fluência verbal: Pedir ao paciente que cite o maior número de animais em **um minuto** (ou, como teste alternativo, que diga o maior número de palavras que comecem com a letra "m") (**normal: pelo menos 12 a 13 animais ou palavras**).

Finalmente, solicitar ao paciente que leia palavras e frases, pois a leitura em voz alta indica a presença ou ausência de **cegueira verbal**.

nica, por conflitos interpessoais ou por imitação.

Alterações da linguagem associadas a transtornos psiquiátricos primários

Logorréia, taquifasia e loquacidade

Na **logorréia**, existe a produção aumentada e acelerada (**taquifasia**) da linguagem verbal, um fluxo incessante de palavras e frases, freqüentemente associado ao taquipsiquismo geral, podendo haver perda da lógica do discurso. Descreve-se como **pressão para falar** a atividade lingüística do paciente maníaco na qual este sente a pressão incoercível para falar sem parar. Por exemplo, um indivíduo em fase maníaca dizia: "Querem que eu fale menos, mas não consigo mesmo, tem uma coisa aqui dentro de mim que não me deixa parar de falar". **Loquacidade** é o aumento da fluência verbal sem qualquer prejuízo da lógico do discurso.

Bradifasia

Esta é uma alteração da linguagem oposta à taquifasia. Aqui o paciente fala muito vagarosamente, as palavras seguem-se umas às outras de forma lenta e difícil. Em geral, está associada a quadros depressivos graves, estados demenciais e esquizofrenia crônica ou com sintomas negativos.

Mutismo

De modo muito genérico, o mutismo pode ser definido como a ausência de resposta verbal oral por parte do doente. O paciente fica no leito sem responder ao entrevistador (embora, aparentemente, pudesse fazê-lo), sem qualquer resposta verbal (Quadro 20.3). Os fatores causais associados ao mutismo são muito variáveis, podendo ser de natureza neurobiológica, psicótica ou psicogênica. O mutismo nas síndromes psiquiátricas é, na maior parte

Quadro 20.3
Diagnósticos diferenciais no mutismo (com base em Cummings; Trimble, 1995)

Quadros psiquiátricos	Depressão com estupor Esquizofrenia com estupor (catatonia) Histeria com estupor Estupor psicogênico
Condições relacionadas ao desenvolvimento da criança	Mutismo eletivo (p. ex., a criança fica em mutismo apenas na escola) Ausência de desenvolvimento da linguagem (retardo no desenvolvimento psicomotor, autismo, surdez, etc.)
Doenças neurológicas	Fase aguda da afasia não-fluente Paralisia pseudobulbar Mutismo acinético Síndromes do lobo frontal com acentuada abulia Estado pós-ictal após crises convulsivas generalizadas ou parciais Encefalite herpética Encefalopatia pós-traumática
Doenças e condições médicas gerais	Intoxicação por álcool ou outras substâncias Hipotireoidismo Encefalopatias metabólicas Síndrome neuroléptica maligna

das vezes, uma forma de negativismo verbal, de tendência automática a se opor às solicitações do ambiente no que concerne à resposta e à produção verbal. O mutismo é observado nos vários tipos de estupor, em quadros esquizofrênicos, principalmente catatônicos, e em depressões graves. Em crianças, observa-se, com certa freqüência, o **mutismo eletivo** ou **seletivo**, forma psicogênica de mutismo ocasionada por conflitos interpessoais, principalmente na escola, dificuldades de relacionamento familiar, frustrações, medos, ansiedade social, intensa timidez ou hostilidade não-elaborada por meio de uma comunicação mais clara (Quadro 20.4).

O mutismo é observado nos vários tipos de estupor, em quadros esquizofrênicos, principalmente catatônicos, e em depressões graves.

Mutismo acinético ou coma vigil são termos utilizados em neurologia para descrever a variedade de estados nos quais há completa não-responsividade do indivíduo com manutenção dos olhos abertos. Tais estados incluem o coma com movimentos oculares preservados em pacientes com lesões mesencefálicas, a bradicinesia psicomotora em indivíduos com destruição dos lobos frontais e, de modo geral, as condições nas quais há manutenção de funções diencefálicas e do tronco cerebral após lesões cerebrais maciças (neste caso, usa-se também o termo "estado vegetativo").

Perseveração e estereotipia verbal

Neste caso, há repetição automática de palavras ou trechos de frases, de modo estereotipado, mecânico e sem sentido, o que indica lesão orgânica, particularmente das áreas cerebrais pré-frontais.

Ecolalia

É a repetição da última ou das últimas palavras que o entrevistador (ou alguém no ambiente) falou ou dirigiu ao paciente. É um fenômeno quase que automático, involuntário, realizado sem planejamento ou

Quadro 20.4
Semiotécnica em pacientes que não falam (mutismo)

Observar o **aspecto geral do paciente**: o modo como entra na sala, como se senta (ou como fica no leito), a mímica, as roupas, o penteado, a maquiagem, a higiene, etc. Verificar a **atitude global** do paciente: há imobilidade astênica ou rígida? A atitude é passiva, reservada ou ativa? Está indiferente ao meio ou "ligado" a tudo? Parece estar com medo ou desconfiado? Parece desafiador, hostil ou beligerante? O paciente dá a impressão de estar ouvindo vozes ou vendo imagens? Parece estar ansioso? Parece estar deprimido, triste ou apático? Observar a **mímica facial** do paciente: a mímica revela tristeza, pavor, indiferença, excitação, alegria, ironia, hostilidade, esforço por se fazer compreender? O paciente parece distante ou próximo do investigador? Quer colaborar e não pode? Parece querer que todos saiam de perto? Ou parece totalmente indiferente ao meio? Observar o **tônus muscular**: há hipertonia ou hipotonia generalizada? Há flexibilidade cerácea? Além de não falar, o paciente também recusa alimentar-se? Verificar se o paciente **aceita se comunicar por escrito** ou **por gestos**: em caso positivo, perguntar-lhe o que está sentindo (medo, tristeza, indiferença, ansiedade, etc.)? E o que está pensando?

Verificar junto à família: os antecedentes do paciente; como o quadro se iniciou (foi de repente, em minutos, horas; ou devagar, durando dias ou semanas)? Como o paciente estava antes de parar de falar (estava triste, apático ou com medo e desconfiado, falava sozinho ou dizia coisas sem sentido)?

Além de fazer o **exame físico e neurológico geral**, verificar: há sudorese ou pele seborréica? Urina ou defeca no leito? O paciente tem febre ou está desidratado? Como estão os reflexos primitivos (*Grasping*, *snout* e palmomentual)? Há rigidez de nuca? Há algum sinal neurológico localizável?

controle. Ao ser questionado “Qual o seu nome?”, o paciente fala: “Nome, nome, nome”; “Qual sua idade?”, ele diz: “Idade, idade, idade”. A ecolalia é encontrada principalmente na esquizofrenia catatônica e nos quadros psico-orgânicos.

Palilalia e logoclonia

A **palilalia** é a repetição automática e estereotipada pelo paciente da última ou das últimas palavras que ele próprio emitiu em seu discurso. Ela ocorre de forma involuntária, sem controle. Ao falar sobre sua residência, o paciente diz: “Eu moro em uma casa em Jundiaí, casa em Jundiaí, Jundiaí, Jundiaí”. A **logoclonia** é um fenômeno semelhante à palilalia, sendo que aqui a repetição automática e involuntária é a das últimas sílabas que o paciente pronunciou. Ele diz: “Moro em Jundiaí, aí, aí, aí”.

Tanto a palilalia como a logoclonia são formas de alteração da linguagem que indicam a desestruturação do controle voluntário complexo da linguagem e sua substituição por mecanismos mais automáticos e estereotipados de comportamento verbal. A palilalia e a logoclonia ocorrem principalmente nos quadros demenciais, em especial nas demências de Pick e de Alzheimer.

> A palilalia e a logoclonia ocorrem principalmente nos quadros demenciais, em especial nas demências de Pick e de Alzheimer.

Tiques verbais ou fonéticos e coprolalia

Os tiques verbais são produções de fonemas ou palavras de forma recorrente, imprópria e irresistível. No tique verbal, o paciente produz geralmente sons guturais, abruptos e espasmódicos. É algo desagradável, mas impossível de ser contido pelo indivíduo (que pode apenas adiá-lo um pouco). Já a coprolalia é a emissão involuntária e repetitiva de palavras obscenas, vulgares ou relativas a excrementos. Tanto os tiques verbais como a coprolalia são fenômenos muito característicos do **transtorno de Tourette**.

> Tanto os tiques verbais como a coprolalia são fenômenos muito característicos do transtorno de Tourette.

A **verbigeração** é a repetição, de forma monótona e sem sentido comunicativo aparente, de palavras, sílabas ou trechos de frases. A **mussitação**, fenômeno próximo à verbigeração, é a produção repetitiva de uma voz muito baixa, murmurada, em tom monocórdico, sem significado comunicativo. Aqui o paciente fala como que “para si”, apenas movendo discretamente os lábios, emitindo fonemas, palavras ou frases pouco compreensíveis e muito repetitivas. Tanto a verbigeração quanto a mussitação são formas de automatismo verbal, mais freqüentemente encontradas na esquizofrenia, em particular nos tipos catatônicos e crônicos deficitários.

Glossolalia

É a produção de uma fala gutural, pouco compreensível, um verdadeiro conglomerado ininteligível de sons (ou, no plano escrito, de letras ininteligíveis). Os sons, apesar de não terem sentido lingüístico, imitam a fala normal nos seus aspectos prosódicos (“a música da fala”), mantendo as distinções de “palavras”, “sentenças” e até de “parágrafos”. A glossolalia é muito freqüente **nos cultos pentecostais**, nos quais o crente, ao receber a graça do espírito santo, “fala em línguas estrangeiras” (sem nunca as ter estudado). A sua fala gutural e pouco inteligível é interpretada nesse contexto como uma graça, um dom celestial.

Também observa-se a glossolalia em estados de êxtase associados a outras religiões que não o pentecostalismo, no sonambulismo e, menos freqüentemente, na esquizofrenia. A glossolalia sempre que produzida em contexto cultural específico, como nos cultos pentecostais, não é considerada um fenômeno psicopatológico, mas expressão ritualizada de determinado grupo cultural (Grady; Loewenthal, 1997).

A glossolalia sempre que produzida em contexto cultural específico, como nos cultos pentecostais, não é considerada um fenômeno psicopatológico, mas expressão ritualizada de determinado grupo cultural.

O fenômeno das **para-respostas** implica a alteração tanto do pensamento como do comportamento verbal mais amplo. Ao ser questionado sobre determinado assunto (p. ex., qual seu nome, idade, onde mora, etc.), o paciente "responde" algo com a inflexão verbal de uma resposta, como se estivesse respondendo de fato a uma pergunta, porém o conteúdo de sua fala é completamente disparatado em relação ao conteúdo da pergunta. Ao ser indagado, por exemplo, sobre onde mora, o paciente responde: "O dia está muito quente". As para-respostas ocorrem nos diversos tipos de psicoses, mas com maior freqüência na esquizofrenia. É importante diferenciar uma para-resposta verdadeira de uma atitude voluntária de birra, ironia ou escárnio que alguns pacientes hostis apresentam em relação a seus entrevistadores.

A linguagem na esquizofrenia

A linguagem na esquizofrenia pode sofrer alterações muito peculiares (Biéder, 2000). Tais alterações são indicativos de como o processo de pensar, a formação e a utilização de conceitos, juízos e raciocínios estão profundamente afetados pela desestruturação esquizofrênica. As alterações de linguagem mais notáveis e radicais encontradas na esquizofrenia são observadas em doentes muito graves. Os **neologismos patológicos** são palavras inteiramente novas criadas pelo paciente ou vocábulos já existentes que recebem acepção totalmente nova. São encontrados também em pacientes esquizofrênicos **estilizações, rebuscamentos** e **maneirismos**, que indicam a transformação do pensamento e do comportamento geral do paciente no sentido de adotar posturas e funcionamentos rígidos e estereotipados, perdendo-se a adequação e a flexibilidade do comportamento verbal em relação ao contexto sociocultural em questão. Tais alterações geram, às vezes, um caráter inteiramente privado e idiossincrático da linguagem de alguns pacientes esquizofrênicos. Nos estados avançados de desorganização esquizofrênica, podem-se observar **jargonofasia** ou **esquizofazia**, também denominada ***salada de palavras***. Trata-se, então, da produção de palavras e frases sem sentido, com fluxo verbal desorganizado e caótico. O sinal extremo da desarmonia das estruturas de pensamento e de linguagem é o desenvolvimento de uma linguagem completamente incompreensível, uma língua privada (do doente) que ninguém entende, denominada **criptolalia** (no caso da linguagem falada) e **criptografia** (no caso da linguagem escrita).

O sinal extremo da desarmonia das estruturas de pensamento e de linguagem é o desenvolvimento de uma linguagem completamente incompreensível, uma língua privada (do doente) que ninguém entende, denominada criptolalia.

A linguagem do paciente com demência

No início dos quadros demenciais, podem-se encontrar alterações da linguagem como

as **parafasias** (deformações de palavras existentes; "caneira", em vez de "cadeira") e, mais freqüentemente, a **dificuldade em encontrar as palavras**. Segundo Bleuler (1985), há, nesta fase, uma dificuldade em utilizar nas conversas palavras menos familiares ou de som estranho, assim como os nomes próprios. O paciente **tende a usar termos vagos** e inespecíficos como "o prédio" em vez de "a prefeitura" ou "o hospital"; "o homem", em vez de "o pedreiro" ou "o médico". Também responde às perguntas de modo inespecífico: "De onde vem o senhor?", "De lá detrás"; "Onde fica este ambulatório?", "Aqui, neste lugar".

As alterações progridem no sentido da **afasia nominal** (déficit em nomear objetos e figuras apresentadas ao paciente), de afasias mais globais, até a perda completa da capacidade de produzir e utilizar qualquer linguagem verbal. Quando a demência se caracteriza pelo marcante predomínio de dificuldades lingüísticas, sobretudo da nomeação e fluência verbal (além das perdas globais e de memória associadas a todas as demências), alguns autores têm proposto a categoria **demência semântica**.

Alterações da linguagem em crianças

Na psicopatologia da criança, ocorrem com bastante freqüência alterações da linguagem (Us Preventive Services Task Forces, 2006). Na criança, a aquisição da linguagem, oral ou escrita, é um processo dinâmico. A linguagem implica aqui a compreensão, o processamento e a produção de comunicação. Os problemas de linguagem incluem gagueira, falhas na fluência verbal, mutismos eletivos, dificuldades fonético-articulatórias ou qualidade incomum (no sentido de inadequada) da voz.

> Na psicopatologia da criança, ocorrem com bastante freqüência alterações da linguagem.

Muitos tipos de transtornos de linguagem têm sido descritos com termos variados. O atraso da linguagem expressiva pode ocorrer sem o respectivo retardo da linguagem compreensiva, mas eles com freqüência acontecem conjuntamente. Os problemas no desenvolvimento adequado da linguagem podem incluir dificuldades gramaticais (sintáticas), com palavras e vocabulário (semânticas), com regras e sistemas

Quadro 20.5
Semiotécnica simplificada da linguagem

Produção da linguagem
Como é a fala do paciente? Ele fala espontaneamente ou apenas quando solicitado? Caso o paciente não fale, é possível notar se se recusa ou é incapaz de falar? A fala é lenta ou rápida? Percebe-se a fala como incoercível, inibida ou interceptada?
Qualidade da linguagem
As respostas do paciente às perguntas do entrevistador são coerentes ou incoerentes? Seu discurso é compreensível, parcialmente compreensível ou totalmente incompreensível? O discurso é gramaticalmente correto ou incorreto? O paciente emprega palavras estranhas ou bizarras? Há neologismos ou paralogismos? Há ecolalia, palilalia ou logoclonia? Verificam-se repetições estereotipadas no discurso do paciente? Há tiques verbais? Há verbigeração ou mussitação? O paciente tem dificuldades em encontrar as palavras? Usa termos vagos ou específicos? Seu vocabulário é pobre, mediano ou rico?

de produção sonora da fala (transtornos fonológicos), com significado de unidades de palavras (morfológicas). Finalmente, também são muito relevantes as dificuldades com o uso da linguagem em determinados contextos sociais (pragmática). Dificuldades específicas de leitura e de escrita (transtorno da leitura, transtorno da expressão escrita) ocorrem com maior freqüência nos meninos. Tais transtornos correspondem a certa defasagem entre a inteligência global (que pode ser normal) e as dificuldades específicas nas aquisições de linguagem (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2002).

Questões de revisão

- Descreva as funções da linguagem.
- Quais são os principais aspectos da teoria lingüística de Noam Chomsky?
- O que é afasia? Quais os tipos? Caracterize-os.
- Defina ecolalia, perseveração e estereotipia verbal.
- Descreva verbigeração e mussitação.
- Defina mutismo e descreva seus subtipos.
- O que é glossolalia? Em que contextos é observada?
- Caracterize a linguagem na esquizofrenia.
- Caracterize a linguagem nos quadros de demência.
- Quais são os tipos de dificuldades relacionados ao desenvolvimento adequado da linguagem em crianças?

21

Funções psíquicas compostas e suas alterações: consciência e valoração do Eu, personalidade e inteligência

Este e os próximos dois capítulos dizem respeito à funções psíquicas que, mais que as anteriormente estudadas, resultam de um complexo, de uma somatória de atividades e capacidades mentais. O desenvolvimento estrutural de tais funções compostas, ocorrendo de forma mais ou menos harmônica, resulta na consciência e na valoração do Eu, no sentimento de identidade, na inteligência e na personalidade.

Assim, por exemplo, a inteligência não pode ser compreendida como uma função psíquica elementar, já que inclui o conjunto de habilidades, dotes e capacidades cognitivas de um indivíduo. Da mesma forma, a personalidade é, por definição, a soma das características psicológicas individuais, dos traços de caráter, relativamente estáveis no tempo e formados ao longo do desenvolvimento mental e físico do indivíduo.

A CONSCIÊNCIA E A VALORAÇÃO DO EU E SUAS ALTERAÇÕES

Definições básicas

Origem e desenvolvimento do Eu (ontogenia do Eu)

A maioria dos autores acredita que, no início do desenvolvimento psíquico da criança, não há, entre o Eu e o mundo exterior, discriminação e delimitação claras; o Eu do bebê estaria como que "fundido" com o de sua mãe. Os dois planos da realidade, interno e externo, confundem-se na mesma vivência. Não há, portanto, diferenciação entre o Eu e o não-Eu. Essa

No início do desenvolvimento psíquico da criança, não há, entre o Eu e o mundo exterior, discriminação e delimitação claras.

diferenciação vai sendo construída ao longo do primeiro ano de vida. Ao final desse período, a imagem do Eu torna-se mais nítida (Papalia; Olds; Feldman, 2006), a criança se torna apta a perceber e a representar objetos autônomos e estáveis em sua mente. O autoconceito vai gradativamente ficando mais claro e consistente. Aos 4 anos, o autoconceito já é mais abrangente, pois a criança identifica-se com um conjunto de características mais numeroso e diversificado (Papalia; Olds; Feldman, 2006).

Do ponto de vista psicanalítico, o Eu (ou ego) surge como a diferenciação adaptativa do aparelho psíquico a partir do contato da criança com a realidade (Freud, 1911). A criança forma gradativamente o seu Eu por meio de:

1. **Contato contínuo com a realidade** e conseqüente submissão às suas vicissitudes (princípio de realidade). Para Jaspers (1979), a realidade é aquilo que oferece resistência ao indivíduo, opondo-se aos seus desejos, possibilitando que um mundo externo e objetivo seja reconhecido com o tempo.
2. **Investimento amoroso e narcísico dos pais** sobre a criança.
3. **Projeção dos desejos inconscientes dos pais sobre a criança** e conseqüente assimilação desses desejos pela própria criança.
4. **Identificações da própria criança**, por meio de mecanismos conscientes e inconscientes de introjeção, no relacionamento com as figuras parentais primárias. Então, os "pais psicológicos" são tomados como modelos de identificação e, assim, introjetados, assimilados à personalidade da criança. A criança busca ser como o pai e a mãe, copiá-los, agir e sentir como eles.

A noção de que algo existe "fora" (o externo à criança) marca o instante de singular significação para a formação do que se entende por "consciência do Eu". Surge o sentimento de oposição entre o Eu e o mundo, constituindo-se progressivamente as dimensões subjetiva e objetiva da experiência humana.

A noção de que algo existe "fora" (o externo à criança) marca o instante de singular significação para a formação do que se entende por "consciência do Eu".

A consciência do Eu pressupõe a tomada de consciência do próprio corpo, do "Eu físico". A este Eu corporal, psíquico e somático a um só tempo, a psicologia denominou esquema ou imagem corporal (Schilder; Wertman, 1994).

Se a consciência do Eu também abrange o corpo, então nela se entrelaçam o psíquico e o somático (o ego, para Freud, é, antes de tudo, um ego corporal). Portanto, por exemplo, na chamada despersonalização, ocorrem alterações tanto do Eu psíquico quanto do corporal.

CARACTERÍSTICAS DO EU SEGUNDO JASPERS (1979)

1. Consciência de atividade do Eu
2. Consciência de unidade do Eu
3. Consciência da identidade do Eu no tempo
4. Consciência da oposição do Eu em relação ao mundo

Consciência de atividade do Eu

Trata-se da consciência íntima de que, em todas as atividades psíquicas que ocorrem, é o próprio Eu que as realiza e presencia. No indivíduo normal, tudo o que o Eu faz é vivenciado como pertencente a este Eu. O "eu penso, sinto, desejo, etc." acompanha todas as percepções, representações,

Há, em todas as atividades psíquicas (sejam elas percepções, sensações corporais, lembranças, representações, pensamentos, sentimentos), um tom especial de "meu", de "pessoal", daquilo que é feito e vivenciado por mim mesmo.

pensamentos. Jaspers (1979) chama de **personalização** o fenômeno no qual se percebe, em todas as atividades psíquicas (sejam elas percepções, sensações corporais, lembranças, representações, pensamentos, sentimentos), um tom especial de "meu", de "pessoal", daquilo que é feito e vivenciado por mim mesmo.

Esse autor subdivide as alterações da consciência de atividade do Eu em dois grupos: alterações da consciência da existência e alterações da consciência de execução.

Alteração da consciência da existência

Consiste na suspensão da sensação normal do próprio Eu, corporal e psíquico, na carência da consciência do fazer próprio, no distanciamento do mundo perceptivo, na perda da consciência do sentimento do Eu. Para Jaspers, o curioso desse fenômeno é a condição na qual **o homem existindo já não poder sentir a sua existência**.

Os doentes relatam que se sentem modificados, estranhos a si mesmos: "Sou apenas uma máquina, um autômato" ou "Sinto-me como um nada, como um morto".

Alteração da consciência de execução

Na naturalidade da ação diária, não se nota quão essencial é a unidade da vivência de execução. É, para cada sujeito, evidente que, quando se pensa, se sente e se deseja, é o Eu próprio que o faz. Na alteração da consciência de execução, o doente, ao pensar ou desejar alguma coisa, sente porém que de fato foi **um outro que pensou ou desejou tais pensamentos ou desejos e os impôs de alguma maneira**.

Não apenas deixa de sentir-se senhor de seus pensamentos, como passa a sentir-se possuído por um poder estranho, externo e inapreensível. Os pensamentos podem ser vivenciados como **feitos e impostos por alguém ou algo externo**, ou como roubados, extraídos, arrancados do paciente. O doente não só não se sente mais senhor de seus pensamentos, como passa a viver sob a violência e o julgo de um poder desconhecido (**pensamentos feitos, pensamentos impostos, roubo do pensamento**, segundo K. Schneider [1976]).

A sensação de "algo feito" por uma força externa pode abarcar todos os tipos de atividade psíquica, não apenas o pensamento, mas também o falar, o fazer, o caminhar, o querer, os impulsos (inclusive sexuais). Os doentes passam a sentir-se inibidos ou contidos, mas não por algo interno e, sim, por alguma coisa externa, totalmente desconhecida.

Consciência de unidade do Eu

A cada momento, o Eu é sentido como algo uno e indivisível. Essa é uma qualidade da vivência do Eu sentida como natural e espontânea.

A cada momento, o Eu é sentido como algo uno e indivisível. Essa é uma qualidade da vivência do Eu sentida como natural e espontânea. Na alteração da unidade do Eu, não se trata de dissociação da personalidade ou de expressões metafóricas referidas, como "Moram em meu peito duas almas" ou "Razão e sentimento se acham em luta no meu interior", etc. Não se trata de tomar consciência de conflitos ou aspectos multifacetados da própria personalidade. O que está em jogo é algo mais radical e decisivo.

A vivência radical de cisão do Eu só existe, segundo Jaspers, quando ambas as séries de processos anímicos se desenvolvem de forma absolutamente simultânea, uma ao lado da outra. De ambos os lados, existem conjuntos de sentimentos que se opõem como estranhos. O indivíduo sente-se radicalmente dividido, sente-se anjo e demônio ao mesmo tempo, ou homem e mulher simultaneamente (isso corresponde ao que Bleuler [1985] denominava ambivalência).

Consciência de identidade do Eu no tempo

Trata-se da consciência de ser o mesmo na sucessão do tempo. Mudam aspectos da personalidade, mas o Eu nuclear é vivenciado como o mesmo ao longo do tempo. Alguns pacientes relatam que atualmente, em comparação à sua vida anterior (em especial "antes do início da psicose"), não são a mesma pessoa. "Ao descrever a minha história, tenho consciência de que apenas uma parte do meu Eu atual vivenciou tudo isso que aconteceu no passado" ou "O Eu de então me parece um anão dentro de mim". Alguns chegam a usar a terceira pessoa para se referirem ao seu Eu do passado.

Consciência da oposição do Eu em relação ao mundo

É a consciência da clara oposição do Eu ao mundo externo, a percepção evidente da separação entre o Eu subjetivo e o espaço exterior.

A alteração dessa dimensão da consciência do Eu é a perda da sensação de oposição e fronteira entre o Eu e o mundo. Os pacientes identificam-se completamente com os objetivos do mundo externo. **O indivíduo sente que seu eu se expande para o mundo exterior e não mais se diferencia deste.** A ausência do sentimento de oposição do Eu ao mundo exterior é o que leva os enfermos a buscarem identificações em objetos ou coisas do mundo inanimado. Projetam maciçamente (na escola kleiniana identificações projetivas maciças) seus estados subjetivos no próximo, transladando-se para um Eu alheio ou para o corpo de um animal. É a experiência de sentir-se transformado em um animal, denominada **transitivismo** ou **licantropia**.

A vivência de **publicação do pensamento**, que pacientes esquizofrênicos experimentam, é relatada de várias maneiras: "seus pensamentos se extravasam", "fazem-se conhecidos de toda a gente", são como que "publicados" (publicação do pensamento, difusão do pensamento, de Kurt Schneider, 1976). A publicação do pensamento muitas vezes vem associada a vivências de **sonorização do pensamento** (o indivíduo tem a experiência de "ouvir" os próprios pensamentos, no exato momento em que os pensa) e de **eco do pensamento** (fenômeno no qual um pensamento original é percebidos de forma repetida, segundos após ter sido pensado pela primeira vez, como se fosse um eco).

Ocorre, assim, a queda da barreira divisória fundamental entre o Eu e o não-Eu. A perda da consciência de oposição entre o Eu e o mundo pode ocorrer nas psicoses (mais comumente na esquizofrenia), nas intoxicações por substâncias (sobretudo alucinógenos), nos fenômenos culturais como o êxtase religioso, estados de transe, possessão, meditação profunda, etc.

DESPERSONALIZAÇÃO E DESREALIZAÇÃO

A **despersonalização** é o sentimento de perda ou de transformação do Eu. Pa-

A despersonalização é o sentimento de perda ou de transformação do Eu.

ra López Ibor, é um transtorno da atividade do Eu. Há perda da relação empática básica, da familiaridade inequívoca do Eu consigo mesmo. É uma vivência profunda de **estranhamento e infamiliaridade consigo mesmo**. O doente sente-se estranho a si mesmo, vive marcante transformação, com sentimentos angustiosos de profunda **perplexidade**. Tem freqüentemente a sensação de que vai enlouquecer, perder o controle. A despersonalização abarca tanto o Eu psíquico como o Eu corporal. Na **despersonalização corporal**, há uma sensação intensa de estranhamento e perda da familiaridade do indivíduo com o seu próprio corpo.

Comumente associada à despersonalização, pode ocorrer a **desrealização**, que é a transformação e a **perda da relação de familiaridade com o mundo comum**, no sentido de uma relação de profunda estranheza daquilo que, no dia-a-dia, é comum e familiar. O doente refere que o mundo, antes familiar, "caseiro", está estranho, mudado. As pessoas e os lugares parecem estranhos, os sons são percebidos com um timbre novo, as cores têm características diferentes. Em geral, tanto a despersonalização como a desrealização são vivenciadas com muita angústia.

A desrealização é a transformação e a perda da relação de familiaridade com o mundo comum.

Segundo Nobre de Melo (1979), o despersonalizado seria então nada mais que "o homem que perdeu a segurança de uma relação familiar com o mundo, condenado assim ao frio de uma terra estranha, de um país desconhecido".

Não é infreqüente a ocorrência de despersonalização e de desrealização nas crises intensas de ansiedade, nas crises de pânico, nas psicoses tóxicas por alucinógenos, nos episódios agudos de esquizofrenia e em formas graves de depressão.

ALTERAÇÕES DO EU CORPORAL (ALTERAÇÕES DO ESQUEMA CORPORAL)

Definições básicas

Define-se a imagem corporal ou o esquema corporal como a representação que cada indivíduo faz de seu próprio corpo. Essa percepção do próprio corpo é construída e organizada tanto pelos sentidos corporais externos e internos como pelas representações mentais referentes ao corpo fornecidas pela cultura e pela história individual de cada sujeito (para revisão sobre a psicopatologia do esquema corporal, ver López Ibor; Lópes Ibor Aliño, 1974; Rix; Snaith, 1988).

Define-se a imagem corporal ou o esquema corporal como a representação que cada indivíduo faz de seu próprio corpo.

O psicopatólogo espanhol Carmelo Monedero (1973, p. 235) afirma que o corpo é um objeto peculiar, que percebe e é percebido, sendo objeto por demais importante para o ser humano pois:

> O homem no mundo é um corpo lidando com as coisas e com outros homens. [...] Somos nosso corpo e sem ele não seria concebível nenhuma forma de existência. Existir é uma peculiar referência à corporeidade.

A percepção do corpo refere-se mais à constituição e à organização de uma imagem sobre o corpo que a uma percepção objetiva propriamente dita. O modo como as pessoas percebem subjetivamente o seu corpo difere bastante do que se encontra nos livros de anatomia ou fisiologia. Para Paul Schilder (Schilder; Wertman [1935], 1994), a imagem corporal está sempre ligada à experiência afetiva, imposta pela relação com o outro. A imagem corporal corresponde à totalidade da organização psicológica do indivíduo.

Um atleta, um bailarino, um trabalhador braçal e um intelectual percebem e representam o corpo de forma bastante diferenciada, havendo indícios de que os diferentes grupos sociais percebem-no e representam-no de forma muito distinta (Boltanski, 1984).

Um atleta, um bailarino, um trabalhador braçal e um intelectual percebem e representam o corpo de forma bastante diferenciada, havendo indícios de que os diferentes grupos sociais percebem-no e representam-no de forma muito distinta (Boltanski, 1984). As duas dimensões básicas do Eu corporal referem-se à intimidade e à privacidade (distinção Eu/mundo) e à sexualidade. O Eu corporal é, antes de tudo, um Eu-corporal-sexuado. O Eu que busca a sua realização com o outro não é outra coisa que o corpo atuando como ser sexuado. A dinâmica essencial da experiência corporal refere-se à relação do corpo sexuado do Eu com os corpos sexuados dos outros.

O corpo é um dos principais palcos de nossas vidas. Lugar de dor, de prazer, de preocupação, de medo e desejo. Assim Drummond fala dessas dimensões da experiência corporal:

O corpo é um dos principais palcos de nossas vidas. Lugar de dor, de prazer, de preocupação, de medo e desejo.

> Claro que o corpo não é feito
> só para sofrer,
> Mas para sofrer e gozar.
> Na inocência do sofrimento
> como na inocência do gozo,
> o corpo se realiza, vulnerável
> e solene.

Que o corpo, sadio ou doente, ocupa um lugar central na medicina é algo indiscutível. Entretanto, cabe lembrar que não apenas o corpo real, mas a relação do indivíduo com seu corpo, sua forma de percebê-lo, de com ele se relacionar, cuidando-o ou destratando-o, amando-o ou odiando-o, é também um ponto crucial para a prática médica. Platão afirma em seu precioso estudo sobre o amor, intitulado *O banquete*, que: "É com efeito a medicina, para falar em resumo, a ciência dos fenômenos de amor, próprios ao corpo [...]".

A relação do indivíduo com seu corpo, sua forma de percebê-lo, de com ele se relacionar, cuidando-o ou destratando-o, amando-o ou odiando-o, é também um ponto crucial para a prática médica.

No final do século XIX, denominava-se **cenestesia** ao conjunto de sensações internas oriundas de todos os pontos do corpo que se dirigem e terminam no córtex cerebral, principalmente pelas vias vegetativas. A cenestesia normal produz um sentimento de existência agradável, de bem-estar. Em contraposição à cenestesia normal, tem-se a **cenestopatia**, que é o conjunto de sensações incômodas, de mal-estar difuso, associadas à ansiedade, que freqüentemente está presente nos quadros depressivos, neuróticos, psicossomáticos e psicóticos.

As conexões corticais intra e inter-hemisféricas conferem ao **lobo parietal** um papel central na integração sensorial somato-sensitivo e vestibular, permitindo a **somatognosia,** ou consciência do corpo (Bernard; Trouvé, 1977). Em lesões (vasculares, tumorais, etc.) da região parietal direita, não é infreqüente a perda da consciência do hemicorpo do lado oposto (esquerdo), denominada **síndrome de hemi-negligência** ou hemiassomatognosia. O indivíduo passa a não reconhecer mais a existência de seu hemicorpo esquerdo. Em alguns casos, o paciente reconhece sua existência, mas não identifica que este lado do corpo está parético ou plégico, apresentando, assim, **anosognosia**, ou seja, a perda da capacidade de reconhecimento da doença ou do déficit naquele dimídio (**hemianosognosia esquerda**).

A neurologia define como **estereognosia** o conjunto de impressões sensoriais organizadas e integradas principalmente pelas regiões associativas dos lobos parietais. A **asteriognosia** é a perda, geralmente por lesão do lobo parietal, da capacidade de reconhecimento tátil de objetos familiares ou significativos (lápis, chave, cadeado, etc.), sem haver, entretanto, a perda das funções perceptivas táteis elementares, como a sensação térmica, de pressão, dolorosa, etc. Assim, apesar da perda da capacidade de reconhecimento tátil complexo, não há uma anestesia propriamente dita.

O lobo parietal intervém não apenas na integração perceptiva que produz a imagem do corpo, mas também no estabelecimento de esquemas de ação, da atividade gestual complexa, que é, enfim, a concatenação das percepções corporais integradas e das ações do corpo dirigidas ao mundo e ao espaço externo. Assim, é artificial a separação entre a dimensão receptiva, perceptiva, do corpo e suas sensações, e a dimensão ativa, motora, relativa ao corpo agindo no mundo. A percepção corporal e a atuação motora formam, do ponto de vista neurológico e neuropsicológico, uma unidade indivisível. Um exemplo disso é a apraxia construtiva, ou incapacidade de desenhar um modelo (cubo, casa, etc.), de montar um quebra-cabeças, de construir formas simples com cubos, etc. A apraxia construtiva ocorre, com freqüência, devido a lesões dos lobos parietais.

ALTERAÇÕES DA IMAGEM OU DO ESQUEMA CORPORAL EM ALGUNS TRANSTORNOS MENTAIS

O **deprimido** vive seu corpo como algo pesado, lento, difícil, fonte de sofrimento e não de prazer. Sente-se fraco, esgotado, incapaz de fazer frente às exigências da vida. O seu corpo já não tem vida, é um peso morto. A **astenia** refere-se a esse tipo de vivência corporal dos pacientes deprimidos. Pacientes deprimidos graves podem ter significativas alterações do esquema corporal. Nesses casos, pode ocorrer o **delírio de negação de órgãos**, no qual o indivíduo sente que seu fígado, cérebro ou coração não estão mais lá ou apodreceram. Sente que não tem mais sangue, que seu corpo secou, que os membros estão se esfarelando como areia, que está fisicamente morto, etc. (síndrome de Cottard).

> O deprimido vive seu corpo como algo pesado, lento, difícil, fonte de sofrimento e não de prazer. Sente-se fraco, esgotado, incapaz de fazer frente às exigências da vida.

Já o **paciente maníaco** vive seu corpo como algo extremamente ativo, poderoso e vivo. Sente-se forte e ágil, não conseguindo parar e repousar por período mais longo. Quando inquirido sobre como se sente corporalmente, muitas vezes responde que está muito bem, cheio de vigor, “melhor que nunca”. Há mesmo, com freqüência, a incapacidade de perceber as limitações reais do corpo. Muitos pacientes maníacos idosos atuam corporalmente até a exaustão, podendo inclusive vir a falecer devido a esse excesso de ação motora (p. ex., por infarto do miocárdio).

Alguns pacientes **esquizofrênicos** experimentam diversas e profundas alterações do esquema corporal. Aqui têm destaque as vivências de influência sobre o corpo. O paciente tem a sensação de que alguém, algo ou uma força externa desconhecida age sobre seu corpo, manipulando-o ou controlando-o. Não é infreqüente a sensação de que uma entidade ou pessoa está manipulando seus genitais, aplicando agulhadas, beliscões, toques, tendo relações sexuais com ele contra a sua vontade. Sente, eventualmente,

> Alguns pacientes esquizofrênicos experimentam diversas e profundas alterações do esquema corporal.

que seus movimentos são controlados por essas forças externas. Também pode ocorrer a experiência de esvaziamento ou roubo de partes do corpo, como o cérebro ou as vísceras. Delírios de negação ou de apodrecimento dos órgãos também são observáveis. Alguns pacientes esquizofrênicos referem sentir que há pequenos animais ou objetos dentro de seus corpos, como, por exemplo, uma cobra, um rato, um sapo ou uma fruta.

Por sua vez, os pacientes com **psicoses tóxicas**, produzidas por alucinógenos (LSD, mescalina, harmina, psilobicina, etc.), podem ter experiências de deformação do esquema corporal. O braço ou a cabeça são vivenciados como enormes, crescendo ou encolhendo. O corpo é sentido como excessivamente leve ou pesado, como se estivesse voando ou afundando, etc.

Pacientes com quadros **neuróticos** têm freqüentemente uma experiência corporal relacionada a sentimentos de inferioridade ou de castração. Seu corpo é sentido como impotente, fraco ou doente. Sentem-se corporalmente como crianças ou velhos.

Já os **pacientes histéricos** tendem a erotizar intensamente o corpo todo, mas, em contrapartida, podem sentir seus genitais e a atividade genital como insensíveis ou perigosos. Paradoxalmente à erotização excessiva de todo o corpo, não é incomum haver frigidez e anestesia genital.

Os indivíduos com **quadros ansiosos graves** sentem o corpo como que comprimido, asfixiado, como se existisse uma pressão externa sobre ele. Nas **crises de pânico** é freqüente a despersonalização corporal e a sensação de morte iminente, sensação de que o corpo irá entrar em colapso, desorganizar-se.

O paciente com **quadro obsessivo-compulsivo** pode sentir o corpo como sujo ou contaminado, tendo de esforçar-se constantemente para limpá-lo, purificá-lo ou protegê-lo da contaminação.

O **hipocondríaco** vive seu corpo de forma muito peculiar; ele é o lugar de todo o seu sofrimento, investido intensamente por toda a sua atenção e libido. Há, no hipocondríaco, relação ambígua com o corpo: teme os seus presságios, fica a adivinhar os seus mistérios e perigos, mas não deixa por um só momento (como faz o homem comum) de voltar-se para ele, de observá-lo e mesmo cultivar suas sensações corporais pretensamente mórbidas.

As pacientes com **anorexia nervosa** revelam uma alteração marcante do esquema corporal. Apesar de muito emagrecidas, percebem-se gordas, "com barriga", "com nádegas e coxas enormes", etc. Devido à tal percepção errônea, submetem-se a dietas e exercícios físicos que as emagrecem mais e mais, ocorrendo em alguns casos estados extremos de caquexia.

As pacientes com anorexia nervosa revelam uma alteração marcante do esquema corporal.

Por sua vez, os pacientes com **dismorfofobia** (ou **transtorno dismórfico corporal**) percebem distorcidamente, como horríveis e dignos de enorme vergonha, partes de seu corpo (nariz, orelhas, face, seios, nádegas, mãos, etc.), ou pequenos defeitos físicos que passariam despercebidos na maioria das pessoas (revisão em Berrios; Kan, 1996). Sentem tais partes do corpo como se fossem enormes, muito desproporcionais, marcadamente disformes. Devido à tal percepção distorcida, insistem junto a cirurgiões plásticos e dermatologistas para que estes os operem (e, às vezes, conseguem), reduzindo, por meio de repetidas cirurgias, o tamanho do nariz, das orelhas, etc.

Os pacientes com dismorfofobia percebem distorcidamente, como horríveis e dignos de enorme vergonha, partes de seu corpo.

O fenômeno do **membro fantasma** ocorre em muitos pacientes amputados. O

paciente, após a cirurgia de amputação, continua sentindo "como se o membro ainda estivesse lá", podendo apresentar parestesias e mesmo dores intensas nesse membro ausente. Com o tempo, o membro parece mudar de tamanho, geralmente "encolhe". Além de ocorrer em braços e pernas amputadas, o fenômeno também pode ser observado nas amputações de olhos, do reto, da laringe e de outras partes do corpo. No caso da **mastectomia**, podem ser verificadas alterações marcantes do esquema corporal; a mulher sente que, com a transformação de seu corpo, perdeu sua feminilidade, sente-se como um homem, sente um vazio em seu corpo, além de muitas vezes desenvolver quadros de depressão e de diminuição da auto-estima.

A VALORAÇÃO DO EU: OS CONCEITOS DE NARCISISMO E DE AUTO-ESTIMA

Definições básicas

Segundo a lenda grega, Narciso era um jovem para quem nada era mais agradável que ver sua própria imagem refletida sobre um lago. Admirava e amava ao extremo sua própria imagem; ao final, acabou cometendo o suicídio e transformou-se em uma flor, que passou então a levar o seu nome. Freud denominou inicialmente de narcisismo ao tipo de escolha de objeto amoroso que ocorre na homossexualidade. O homossexual, nessa visão, amaria alguém igual a si mesmo. Posteriormente, o termo narcisismo passou a referir-se a um estágio do desenvolvimento psicossexual da criança, no qual o indivíduo toma a si mesmo, ao seu Eu, como objeto de amor.

Atualmente, o termo narcisismo refere-se, de modo geral, ao direcionamento do amor do indivíduo para si próprio. A libido volta-se para o próprio Eu, deixando de investir no mundo e nas pessoas. Nesse estado de narcisismo, o Eu percebe o prazer como oriundo sempre de seu interior e o desprazer como proveniente do mundo externo. Há, assim, no narcisismo, a ilusão de auto-suficiência, sentimento de poder, de grandiosidade, de desprezo pelo mundo exterior. O próprio Eu é tomado pelo indivíduo como a sua grande paixão, o seu principal objeto de amor.

O termo narcisismo refere-se, de modo geral, ao direcionamento do amor do indivíduo para si próprio. A libido volta-se para o próprio Eu, deixando de investir no mundo e nas pessoas.

O narcisismo primário seria a ausência total de relação com o meio ambiente, a indiferenciação do Eu com o *id*. Já o narcisismo secundário seria o retorno do amor, da libido, para o próprio Eu, depois de ter sido direcionado em algum momento a um objeto do mundo externo.

O narcisismo não é, entretanto, necessariamente positivo ou negativo, patológico ou saudável. Todo indivíduo necessita investir amorosamente no seu próprio Eu para sobreviver, para cuidar de si mesmo e, também, para poder amar outras pessoas. O fundamental aqui é o grau, a intensidade com que o amor é investido em si mesmo ou em outras pessoas. O indivíduo totalmente narcísico não se relaciona, de fato, com o mundo, e, com isso, empobrece-se. Por sua vez, o indivíduo sem qualquer amor narcísico sente-se vazio, sem valor, sem qualidades mínimas que o façam ser amado e digno de viver neste mundo. Escrevendo sobre a dialética do narcisismo e da autodepreciação, Fernando Pessoa assim se expressa:

Todo indivíduo necessita investir amorosamente no seu próprio Eu para sobreviver, para cuidar de si mesmo e, também, para poder amar outras pessoas.

Nunca conheci quem tivesse levado porrada
Todos os meus conhecidos têm sido campeões em tudo.
E eu, tantas vezes reles, tantas vezes porco, tantas vezes vil,
Eu tantas vezes irrespondivelmente parasita,
Indesculpavelmente sujo,
...
Toda a gente que eu conheço e que fala comigo
Nunca teve um ato ridículo, nunca sofreu enxovalho,
Nunca foi senão príncipe – todos eles príncipes – na vida...
...
Arre, estou farto de semideus!
Onde é que há gente no mundo?

O **transtorno da personalidade narcisista** é o melhor exemplo de manutenção de um modo de funcionamento mental e de investimento da libido no qual predomina o narcisismo. Também verificam-se com freqüência aspectos narcísicos na histeria, nos transtornos da personalidade sociopática e em pacientes paranóicos e maníacos.

Diminuição da valoração do Eu

Em muitos pacientes deprimidos, encontram-se sentimentos profundos de menos-valia, de redução da auto-estima e de autodepreciação.

Em muitos pacientes deprimidos, encontram-se sentimentos profundos de menos-valia, de redução da auto-estima e de autodepreciação. De fato, o processo de autodepreciação é considerado central na depressão. O indivíduo sente-se sem valor, não merece viver e ser amado, deve morrer para deixar de incomodar os outros. Aqui se torna patente a dimensão de fracasso existencial, relativo à realização de um destino pessoal.

Além da depressão, em inúmeras situações relacionadas à doença mental, tem-se a vivência de autodepreciação. Muitos indivíduos com dificuldades psicológicas e sociais crônicas, desadaptados, desajeitados na vida social, com dificuldades graves no campo do trabalho, do estudo, da família, sentem-se profundamente desmoralizados. Pacientes com dependência crônica de álcool e outras substâncias também podem desenvolver sentimento marcante de autodepreciação.

Também a doença crônica, física e/ou mental, pode implicar grave processo de desmoralização crônica e autodepreciação. O indivíduo limitado física e/ou mentalmente tende a sentir-se sem valor, como um peso para sua família, um fracassado, um inútil. Isso muitas vezes vem associado a descuido crônico de si mesmo, autonegligência, falta de higiene e, também, atos e condutas suicidas.

O conceito de identidade psicossocial

Erik Erikson (1985) define identidade psicossocial como o sentimento que proporciona a capacidade para experienciar o próprio Eu como algo que tem **continuidade** e **unidade**, permitindo que o indivíduo se insira no meio sociocultural de forma coerente. O sentimento de identidade refere-se à sensação de **pertencer a algo**, de **ser parte de algo**. A identidade psicossocial permite que o indivíduo se oriente em relação às outras pessoas e ao seu meio ambiente, estabeleça e delineie as fronteiras do Eu corporal, do Eu mental e do Eu sociocultural.

A identidade psicossocial permite que o indivíduo se oriente em relação às outras pessoas e ao seu meio ambiente, estabeleça e delineie as fronteiras do Eu corporal, do Eu mental e do Eu sociocultural.

A noção de identidade, para Erikson,

é definida como "um sentimento subjetivo de uma *revigorante uniformidade e continuidade*". Assim, além de ser percebida como uma construção subjetiva, ou seja, algo que se constitui e se realiza no mais íntimo do sujeito, a identidade implica certa integridade e homogeneidade do eu ao lado de sua continuidade temporal, de determinada constância histórica. Para Erikson, se a identidade é um processo que se localiza no âmago do indivíduo, tal identidade diz respeito também e sobretudo a elementos centrais da cultura coletiva do sujeito. Deveria-se, então, falar de identidades e não de identidade no singular, já que tanto a cultura como o sujeito não são homogêneos e unívocos, mas múltiplos.

A identidade é, portanto, um processo que decorre de um julgamento que o sujeito faz de si mesmo, mas também do modo como os outros o julgam. A identidade baseia-se, dessa forma, em um **processo contrastante** de construção de um sentimento pessoal em relação a um ou vários grupos sociais. Participam dessa dinâmica os ideais, os valores e os modos de ser do indivíduo, de seu grupo sociocultural e de grupos culturais alheios que se contrapõem ao grupo do sujeito em questão. Isso tudo deve ser entendido como um processo em movimento, já que a identidade é algo dinâmico, que está sempre mudando e evoluindo. Para Erikson, a identidade nunca é "estabelecida", não é uma "realização" ou uma forma de "armadura da personalidade". Ela se transforma ao longo de toda a vida do sujeito.

A identidade é algo dinâmico, que está sempre mudando e evoluindo.

No nível pessoal e intrapsíquico, a identidade é formada a partir do conjunto de identificações conscientes e inconscientes que a criança e o adolescente fazem ao longo de seu desenvolvimento. Por meio desse processo de identificação, a criança vai introjetando (incorporando ao seu Eu) aspectos diversos dos adultos (pais, avós, tios, professores, amigos, etc.) e também das crianças (irmãos, amigos, etc.) com quem convive.

A identidade psicossocial total é, portanto, composta de múltiplas identidades parciais, como a identidade sexual (na qual o indivíduo se identifica com o modo de ser de seu gênero, formas de atuar, sentir e desejar, valores, etc.), a identidade étnica ou racial, a identidade religiosa, a identidade profissional, a identidade relativa à nacionalidade, etc. Também estão aqui incluídas as identidades referentes ao sentimento de pertencer a pequenos grupos: identidade de ser estudante de medicina, estudante de psicologia, de ser *moto-boy*, de ser membro de um clube, de um time de futebol, de uma igreja, de um grupo de jovens que gostam de certo tipo de gênero musical, etc. A identidade psicossocial é uma fonte básica e significativa de auto-estima, reconhecimento social e legitimação.

A identidade psicossocial é uma fonte básica e significativa de auto-estima, reconhecimento social e legitimação.

Os transtornos de identidade

Transtornos e problemas com a identidade psicossocial estão relacionados à confusão de identidade, à desorientação em relação ao que o indivíduo é no contexto sociocultural, ao que esperam dele, como se sente, qual o seu lugar no mundo, e assim por diante.

Crise de identidade

A crise de identidade, descrita e estudada por Erik Erikson (1976), refere-se às dificuldades intensas e ao surgimento, em curto período, da sensação de insegurança e confusão em relação à identidade sexual,

à escolha e aos padrões de amizade, à afiliação religiosa, ao sistema de valores morais, ao papel relacional perante os pais e professores, etc. A crise de identidade mais marcante, em nossa cultura, é a que ocorre entre os adolescentes. Essa crise pode ser suficientemente intensa a ponto de causar muita angústia e interferir na vida do adolescente. Toda a profunda transformação da adolescência é captada neste Hai-Kai do poeta japonês Buson:

> Menina muda,
> Convertida em mulher
> Já se perfuma.

Estados de possessão

Os estados de possessão podem ocorrer tanto em indivíduos com transtornos mentais (p. ex., na histeria) como em pessoas sem esses transtornos, sendo geralmente, nesses casos, produzidos, organizados e configurados em determinado contexto religioso-cultural. Ao entrar no estado de possessão, o indivíduo apresenta perda temporária de sua identidade pessoal, que é substituída por uma entidade que "toma conta" do sujeito. Normalmente, ele permanece consciente em relação à percepção do ambiente.

Com freqüência, os estados de possessão ocorrem associados a estados de transe que duram minutos ou horas. Tais estados são em geral desencadeados por contextos rituais, nos quais a dança, o ritmo, os cantos, as rezas, enfim, todo o contexto ritual "guia" o sujeito no sentido de alterar momentaneamente o seu estado de consciência e permitir que uma entidade tome posse dele. É comum, nesses casos, que o indivíduo apresente movimentos rítmicos do tronco, tremores, gestos, atitudes e mímica estereotipada e fala alterada (infantil, agressiva, etc.). Pode ou não haver amnésia para o ocorrido durante o estado de possessão.

Questões de revisão

- Como se forma o Eu da criança?
- Quais as características do Eu de acordo com Jaspers?
- Estabeleça uma comparação entre despersonalização e desrealização.
- Defina esquema corporal e descreva suas alterações.
- Como se apresenta o esquema corporal nos pacientes depressivo, maníaco, esquizofrênico, histérico e anorético?
- Quais são as acepções do termo "narcisismo"? Quais são suas relações com a autoestima?
- O que é identidade psicossocial? Explique seu caráter dinâmico.
- Descreva o que é crise de identidade segundo Erik Erikson.
- Caracterize os estados de possessão.

22

A personalidade e suas alterações

[...] o menino é o pai do homem.

Machado de Assis (Memórias póstumas de Brás Cubas, *1881*)

DEFINIÇÕES BÁSICAS

Bastos (1997b) apresenta uma definição de personalidade bastante elucidativa. Para ele, a personalidade é o **conjunto integrado de traços psíquicos**, consistindo no **total das características individuais**, em sua relação com o meio, incluindo todos os fatores físicos, biológicos, psíquicos e socioculturais de sua formação, conjugando tendências inatas e experiências adquiridas no curso de sua existência. Ele ressalta ainda uma dimensão essencial do conceito de personalidade, que é o seu duplo aspecto: relativamente estável ao longo da vida do indivíduo e relativamente dinâmico, sujeito a determinadas modificações, dependendo de mudanças existenciais ou alterações neurobiológicas; a estrutura da personalidade, segundo ele, "mostra-se essencialmente dinâmica, podendo ser mutável – sem ser necessariamente instável – e encontra-se em constante desenvolvimento".

Conjunto integrado de traços psíquicos, consistindo no total das características individuais, em sua relação com o meio, incluindo todos os fatores físicos, biológicos, psíquicos e socioculturais de sua formação, conjugando tendências inatas e experiências adquiridas no curso de sua existência".

A origem etimológica da palavra personalidade ilumina de modo interessante a dimensão complexa do conceito. Personalidade provém do termo ***persona***, que significa a máscara dos personagens do teatro. É aquela máscara que cobria o rosto dos cômicos em Roma, ao representarem as diferentes personagens de uma peça. Em latim, por sua vez, ***personare*** também significa ressoar por meio de algo. Assim, segundo López Ibor (1970), as duas conotações etimológicas do termo personalidade apontam para um sentido comum: o autor/ator faz ressoar a sua voz, a sua versão da história, por meio das diversas máscaras, das diversas personagens que cria. Pode-se acrescentar à interessante nota de López Ibor que o autor teatral, ao fazer ressoar sua voz pelas máscaras que cria, ao mesmo tempo que se esconde, revela-se, pois suas personagens, suas máscaras, denunciam dialeticamente meandros do que busca esconder. O poeta Fernando Pessoa expressa de forma sumamente elegante

essa dialética constante da personalidade, dialética do esconder-se e do revelar-se simultaneamente:

> O poeta é um fingidor.
> Finge tão completamente
> Que chega a fingir que é dor
> A dor que deveras sente.

Dessa forma, ao abordar o estudo da personalidade, deve-se estar atento à complexidade do tema, à sua dimensão multifacetada e à facilidade com que se cometem erros e simplificações inadequadas quando se tenta desvendar os mistérios da personalidade humana.

Distinguem-se basicamente, segundo Mira y López (1943), os seguintes aspectos relacionados à personalidade e à sua expressão: constituição corporal, temperamento e caráter (nesta linha, ver também Cloninger; Gottesman, 1987; Livesley et al., 1993).

Constituição corporal

É o conjunto de propriedades morfológicas, metabólicas, bioquímicas, hormonais, etc., transmitidas ao indivíduo principalmente (mas não apenas) pelos mecanismos genéticos. Muitos autores há séculos procuraram identificar um possível paralelo entre a constituição corporal e o temperamento e o caráter dos seres humanos. A constituição corporal estabelece, em boa parte, o aspecto do indivíduo, sua aparência física, o perfil de seus gestos, sua voz, o estilo de seus movimentos, tendo significativa influência sobre as experiências psicológicas da pessoa ao longo de sua vida, seu modo de reação em relação aos outros e vice-versa.

Temperamento

É o conjunto de particularidades psicofisiológicas e psicológicas inatas, que diferenciam um indivíduo de outro. Os temperamentos são determinados por fatores genéticos ou constitucionais precoces produzidos por fatores endócrinos ou metabólicos. Assim, alguns indivíduos nascem com temperamentos astênicos, com tendência à passividade, à hipoatividade, à "vida mansa"; outros nascem com temperamentos estênicos, ativos, com forte tendência à iniciativa e a reagir prontamente aos estímulos ambientais; e assim por diante. A identificação, entretanto, de traços e configurações congênitas individuais é tarefa muito difícil, já que o que se tem são indivíduos que sempre trazem consigo a combinação dos aspectos inatos aos aspectos adquiridos, aprendidos, incorporados pela interação constante com os pais e a sociedade. A apreensão do temperamento de uma pessoa, em estado puro, original, é extremamente difícil.

> Temperamento é o conjunto de particularidades psicofisiológicas e psicológicas inatas, que diferenciam um indivíduo de outro.

Caráter

Embora o termo caráter tenha, na linguagem comum, conotação moral, indicando força, vontade, perseverança, personalidade bem-demarcada e estável, não é essa exatamente a sua definição psicopatológica. Para a psicopatologia, o caráter é a soma de traços de personalidade, expressos no modo básico de o indivíduo reagir perante a vida, seu estilo pessoal, suas formas de interação social, gostos, aptidões, etc. O caráter reflete o temperamento moldado, modificado e inserido no meio familiar e sociocultural. É a resultante, ao longo da história pessoal, da interação constante entre o temperamento e as expecta-

> O caráter reflete o temperamento moldado, modificado e inserido no meio familiar e sociocultural.

tivas e exigências conscientes e inconscientes individuais que criaram determinada pessoa. O caráter resulta do modo como o indivíduo equacionou, consciente e inconscientemente, o seu temperamento com tais exigências e expectativas.

O temperamento não deve ser confundido com o caráter, pois o primeiro é algo básico e constitutivo do indivíduo, ao passo que o último traduz-se pelo tipo de reação predominante da pessoa ante diversas situações e estímulos do ambiente. Mira y López (1974) afirma que é compreensível que freqüentemente não coincidam o temperamento (tendências inatas iniciais) e o caráter (conjunto de reações finalmente exibidas pelo indivíduo), já que, entre ambos, se interpõe o conjunto de funções intelectuais (discriminativas, críticas e judicativas), assim como as inibições e os hábitos criados pela educação. **Em certos casos, o caráter se desenvolve no sentido oposto ao do temperamento**, por *sobrecompensação psíquica*; muitas vezes um indivíduo com caráter exibicionista e teatral esconde um temperamento tímido e fóbico, ou um caráter agressivo e audaz encobre um temperamento medroso e angustiado.

Em certos casos, o caráter se desenvolve no sentido oposto ao do temperamento, por *sobrecompensação psíquica.*

TIPOLOGIAS HUMANAS OU TIPOS DE PERSONALIDADE

A primeira tipologia desenvolvida na história da medicina e da psicologia foi a resultante das concepções da escola hipocrático-galênica. A medicina hipocrática é essencialmente ambientalista. Os elementos da natureza (água, ventos, solo, umidade do ar, alimentos, etc.) interagem permanentemente com o organismo para determinar a saúde ou a doença. Nesse sentido, todas as questões médicas repousam sobre a **teoria dos quatro elementos** do filósofo pré-socrático Empédocles (500-430 a.C.), a saber, água, terra, ar e fogo. A esses quatro elementos correspondem quatro qualidades: quente, frio, seco e úmido. Hipócrates de Cós (cerca de 460-377 a.C.), ao utilizar essa concepção quaternária da natureza, desenvolveu uma teoria correspondente do organismo, com quatro fluidos ou humores básicos.

Os **tipos humanos hipocráticos** e o surgimento da doença ou a manutenção da saúde dependem intimamente da convivência harmônica dos quatro humores essenciais do organismo humano: o sangue, a bílis, o fleuma (ou linfa) e a atrabílis (ou bílis negra, que alguns historiadores sugerem que tenha sua origem na observação do sangue coagulado). A cada humor corresponde especificamente um órgão do corpo: ao sangue, o coração; à bílis, o fígado; ao fleuma, o cérebro; e à atrabílis, o baço. A saúde e a harmonia do ser provêm do equilíbrio dos quatro humores, ou seja, da *eucrásis*; enquanto a doença se origina da retenção, do desequilíbrio ou da ação deletéria de algum dos quatro humores, denominada *discrásis*. Os tipos humanos ou temperamentos básicos se referem, portanto, aos quatro humores e aos demais elementos quaternários conforme será visto a seguir (Quadro 22.1.).

Segundo a teoria dos hipocráticos, os tipos humanos básicos e o surgimento da doença ou a manutenção da saúde dependem intimamente da convivência harmônica dos quatro humores essenciais do organismo humano: o sangue, a bílis, o fleuma (ou linfa), e a atrabílis.

Os aspectos psicológicos mais característicos dos quatro temperamentos, segundo resumo de Gaillat (1967), são:

1. **Sangüíneo:** de fácies rosada, porte atlético e musculatura consistente e firme. O sangüíneo é um

Quadro 22.1
Os temperamentos na escola hipocrático-galênica

Temperamentos	Sangüíneo	Linfático ou fleumático	Colérico ou bilioso	Melancólico ou atrabiliário
Humor (fluido)	Sangue	Linfa ou fleuma	Bílis	Atrabílis ou bílis negra
Órgão	Coração	Cérebro	Fígado	Baço
Qualidades	Quente	Frio	Seco	Úmido
Elementos da natureza	Terra	Ar	Fogo	Água

tipo expansivo e otimista, mas também irritável e impulsivo. Submete-se de bom grado ao clamor dos seus instintos.

2. **Fleumático ou linfático:** de fácies pálida, formas arredondadas, olhar doce e vago. O fleumático é sonhador, pacífico e dócil, subordina-se a determinados hábitos e tende a levar uma existência isenta de paixões.
3. **Colérico ou bilioso:** de olhar ardente e protuberâncias musculares evidentes. Possui uma vontade tenaz e muitas vezes poderosa, tende a demonstrar ambição e desejo de domínio, tem propensão a reações abruptas e explosivas.
4. **Melancólico ou atrabiliário:** é um tipo nervoso, de olhar triste e músculos pouco desenvolvidos. Seu caráter é muito excitável, tendendo ao pessimismo, ao rancor e à solidão.

Ainda na concepção de Hipócrates, as formas básicas de doença mental são a melancolia, isto é, uma forma discreta e retraída de loucura; a mania, uma apresentação exuberante e furiosa de loucura; e a *frenitis*, a chamada loucura com febre. A melancolia, por exemplo, resulta da retenção no organismo e da ação maligna da bílis negra, que é vista como um princípio agressivo e instável. A tipologia hipocrático-galênica sobreviveu no Ocidente por mais de 2.500 anos, orientando médicos e eruditos na classificação dos tipos humanos básicos, suas personalidades e doenças.

A tipologia hipocrático-galênica sobreviveu no Ocidente por mais de 2.500 anos, orientando médicos e eruditos na classificação dos tipos humanos básicos, suas personalidades e doenças.

A tipologia de Carl Gustav Jung (1875-1961)

Jung foi um dos mais ilustres discípulos de Freud e de Bleuler. Desenvolveu, ao longo de seus 86 anos, uma concepção extremamente original sobre a estrutura e o funcionamento da alma humana. Criou e aprofundou conceitos hoje utilizados e discutidos amplamente em psicologia e psicopatologia, como o de complexos, inconsciente coletivo, arquétipos, *self*, etc. A totalidade da personalidade, segundo Jung, é constituída de várias instâncias, a saber: *persona*, sombra, *animus* e *anima*.

A persona

É a dimensão exterior e relacional da personalidade; a máscara adotada pelo indivíduo nas relações sociais. Corresponde, em parte, àquilo que os sociólogos denominam "papel social". Nise da Silveira (1975), uma das mais importantes estudiosas e pesquisadoras do pensamento junguiano no Brasil, utiliza o conto de Machado de Assis, "O espelho", para ilustrar o que seria a *persona* junguiana. Em tal conto, Machado propõe a teoria de que o homem teria duas almas: "uma que olha de dentro para fora, outra que olha de fora para dentro". Antecipa-se, de certa forma, Machado à Jung, na delimitação dos homens em extrovertidos e introvertidos.

Machado descreve a *persona* junguiana ao relatar o caso de um jovem que, ao ser nomeado alferes (posição hierárquica militar) da guarda nacional, **tanto se identificou com a patente** que "o alferes eliminou o homem". Todos nós conhecemos indivíduos que se identificam tanto com seus postos, *status* ou função social, que perdem totalmente a noção de que são algo além e aquém desse papel social; é o caso do *super star* que elimina o homem, do brilhante professor e intelectual que elimina o homem, do supermédico que elimina o homem, do grande político que elimina o homem, do poderoso empresário que elimina o homem, e assim por diante. Machado relata que o alferes foi um dia obrigado a ficar sozinho em uma casa de campo onde não havia ninguém para prestar louvações, deferências, para reconhecer a sua importância e a sua posição hierárquica. Nesse momento, o pobre alferes sentiu-se completamente vazio; no espelho, não via sua imagem, estava obscura, sem contornos nítidos, entrou em pânico...

Todos nós conhecemos indivíduos que se identificam tanto com seus postos, *status* ou função social, que perdem totalmente a noção de que são algo além e aquém desse papel social.

A noção de Eu (ou ego) nas concepções psicanalíticas da escola lacaniana (de Jacques Lacan) tem uma curiosa semelhança com a noção de ***persona*** da psicologia analítica de Jung; é uma imagem construída a partir do exterior, introjetada inconscientemente por meio de múltiplas identificações com o desejo dos outros. É a máscara que "colocam" sobre o indivíduo e que, ao final, ele acredita ser ele mesmo.

A sombra

São os elementos inconscientes e inaceitáveis da personalidade, reprimidos pela consciência. Aspectos da própria pessoa que freqüentemente são repudiados e rejeitados com veemência por ela. A *sombra* é sobretudo inconsciente, estando, de certa forma, no polo oposto ao da *persona*. A tendência mais comum é projetar a *sombra* sobre o outro, seja ele um inimigo conhecido, um colega qualquer de trabalho, um vizinho, um grupo social ou étnico (participando então tal mecanismo na formação do racismo) ou uma figura simbólica como o demônio, um mito ou um fantasma.

Ânima e ânimus

Jung denomina **ânima** ao conjunto de elementos femininos inconscientes presentes em todos os homens. A ânima surge das experiências que o homem teve com a mulher ao longo da história, a relação do homem com o ente feminino, "resíduo de todas as impressões fornecidas pela mulher". O primeiro e mais fundamental representante da ânima é a mãe; depois surgem as grandes

Jung denomina ânima ao conjunto de elementos femininos inconscientes presentes em todos os homens.

mulheres, a Virgem, fadas, bruxas, feiticeira, sereia, grandes atrizes, Iemanjá, a figura da enfermeira, da primeira professora, da *femme fatale*, etc. Já o **ânimus** é o conjunto de elementos masculinos existentes no psiquismo feminino, de forma principalmente inconsciente. O primeiro e fundamental representante do ânimus é o pai, depois vêm o mestre, o ator de cinema, o campeão esportivo, o guerreiro, o herói político, o líder religioso, o cacique da tribo, o poderoso chefão, etc.

Self

Este é um conceito bastante complexo da psicologia analítica de Jung. O *self* não é propriamente algo que exista, mas algo a que o indivíduo se destina no seu desenvolvimento interior. Não é apenas o centro profundo da personalidade, mas também a sua totalidade. O desabrochar do *self* resulta do reconhecimento da própria sombra, da resolução mais ou menos feliz dos diversos complexos, da assimilação e da integração de aspectos parciais e cindidos do psiquismo individual. O desenvolvimento e o autoconhecimento pessoal produzem um alargamento do mundo interior e possibilitam que o *self* passe a ocupar o centro da personalidade; o indivíduo aproxima-se de uma perspectiva totalizante e integrada de si mesmo e supera fragmentações interiores de sua personalidade.

> O desenvolvimento e o autoconhecimento pessoal produzem um alargamento do mundo interior e possibilitam que o *self* passe a ocupar o centro da personalidade.

Os tipos humanos básicos segundo Jung

Jung organiza a sua tipologia a partir de dois aspectos fundamentais da personalidade: o **movimento** e a **direção da libido**, ou a **energia psíquica**, que caracterizam duas atitude básicas; a saber, a extroversão e a introversão. Ao lado desse aspecto de movimentação e direção da libido, estão as **funções psíquicas básicas** que o indivíduo usa para se adaptar ao mundo; a saber, a sensopercepção, o pensamento, o sentimento e a intuição.

Segundo o movimento e a direção da energia psíquica (libido), tem-se:

- **Extroversão**. Aqui a libido flui sem embaraço ou dificuldade em direção aos objetos externos. Os extrovertidos são pessoas que partem rápida e diretamente em direção ao mundo externo, têm as suas referências e buscam suas satisfações no ambiente externo.
- **Introversão**. Aqui a libido recua perante os objetos do mundo externo, voltando-se para seu interior; o mundo externo é ameaçador ou sem importância, as satisfações e referências provêm do próprio mundo interno.

Segundo as funções psíquicas adaptativas básicas, tem-se:

- **Pensamento**. Esclarece o devido significado dos objetos, a racionalidade e a lógica dos processos da vida.
- **Sentimento**. Na concepção de Jung, relaciona-se com a capacidade de estimar afetivamente o mundo, de decidir que valor afetivo e emocional determinado fenômeno tem para o indivíduo.
- **Sensopercepção**. Capta e identifica com precisão os objetos do mundo externo e permite o contato objetivo com a realidade.
- **Intuição**. É uma percepção inconsciente, uma apreensão imediata de como os objetos do mundo se com-

portam, de como os fenômenos ocorrem.

Segundo Jung, uma dessas funções sempre é a principal para determinado indivíduo, uma outra é auxiliar à principal, atuando conjuntamente com ela. Uma terceira é muito rudimentar, quase silenciosa; e a quarta, chamada função inferior, permanece inconsciente e totalmente adormecida.

Essas quatro funções dispõem-se duas a duas, em pares de oposição. O primeiro par é o do **pensamento** *versus* **sentimento**. Assim, o pensamento se esforça por conhecer cognitivamente as coisas, sua lógica e racionalidade, desinteressando-se por seu valor afetivo. O sentimento valoriza prioritariamente o valor afetivo dos objetos e dos fenômenos, não se interessando por sua racionalidade.

O segundo par é o da **sensopercepção** *versus* **intuição**. A sensopercepção se concentra sobre o exame descritivo e detalhado dos objetos, particular e analiticamente focando os seus detalhes. Já a intuição apreende as coisas em seu conjunto, de forma global e imediata, não se prende a detalhes, capta o clima geral do que acontece e não depende da constatação externa para seu funcionamento.

Dessa forma, a partir desses dois níveis de polaridades (extroversão e introversão, pensamento e sentimento, sensopercepção e intuição), Jung propõe uma tipologia humana com oito tipos fundamentais, como mostra o Quadro 22.2.

Quadro 22.2
Tipologia humana segundo Jung

Tipo sentimento introvertido	Predomina a subjetividade; o sujeito volta-se para si mesmo, para seu mundo afetivo interno, suas riquezas e nuanças.
Tipo sentimento extrovertido	Mais sensível a valores sociais e respostas afetivas dos outros, adaptável afetivamente às instituições, aos costumes e aos hábitos sociais.
Tipo pensamento introvertido	Predomina o pensamento centrado em objetos internos e esquemas intelectuais pessoais. O pensamento começa no interior do sujeito, dá voltas, mas termina nele.
Tipo pensamento extrovertido	Orientado para o ambiente, visando sempre à ordenação conceitual dos dados objetivos; apreende o ambiente de forma racional e ordenadora.
Tipo intuição introvertido	Volta-se para experiências e intuições internas, dá mais importância a ilusões, sonhos e fantasias; envolve-se em experiências místicas pessoais.
Tipo intuição extrovertido	Dirige-se ao mundo externo, apreendendo-o de forma intuitiva; atento ao surgimento de novas realidades.
Tipo percepção introvertido	Aprofunda-se no sensível, sobretudo em um modo pessoal e interno de captar o mundo. Vive atento à tonalidade afetiva daquilo que sente, tem certa dificuldade de adaptação ao mundo externo.
Tipo percepção extrovertido	Observador acurado da realidade concreta; empirista, pouco preocupado com sínteses racionais ou interpretações daquilo que observa.

A personalidade e seu desenvolvimento segundo Sigmund Freud (1856-1939)

Resumir, sem deturpar muito, a noção freudiana de sujeito, como ele vê o ser humano em seu desenvolvimento e maturidade, não é tarefa fácil. Para Freud, a constituição da personalidade passa estrategicamente pelas vicissitudes da libido (compreendida como energia "vital", "sexual"), pelo seu desenvolvimento em diversas fases, pelo modo como se estrutura o desejo inconsciente e as formas como o Eu lida com seus conflitos e frustrações libidinais.

Para Freud, a constituição da personalidade passa estrategicamente pelas vicissitudes da libido.

Freud ([1905] 1958) diz que:

> As pulsões sexuais atravessam um complicado curso de desenvolvimento e só em seu final o "primado da zona genital" é atingido. Antes disso, há várias "organizações pré-genitais" da libido – pontos em que ela pode ficar "**fixada**" e aos quais retornará, na ocorrência de repressão subseqüente ("**regressão**").

Assim, segundo a psicanálise, as fixações infantis da libido e a tendência à regressão (a esses pontos de fixação) acabam por determinar tanto os diversos tipos de neuroses, como o perfil de personalidade do adulto. Particularmente importante na concepção freudiana é a trama estrutural inconsciente de amor, ódio e temor de represália em relação aos pais, o **complexo de Édipo**. Assim, a personalidade do adulto forma-se pela introjeção (sobretudo inconsciente) dos relacionamentos que se estabelecem no interior das relações familiares, sobretudo da criança pequena com os seus pais e destes com ela.

Segundo a psicanálise, as fixações infantis da libido e a tendência à regressão (a esses pontos de fixação) acabam por determinar tanto os diversos tipos de neuroses, como o perfil de personalidade do adulto.

A primeira forma de organização do desejo libidinal da criança relaciona-se à chamada **fase oral**, estendendo-se ao longo do primeiro ano de vida. Aqui a zona e o modo corporal de maior fonte de prazer são a boca e o ato de sucção; a libido concentra-se no mamar, assim:

> O ato que consiste em chupar o seio materno torna-se o ponto de partida de toda a vida sexual, o ideal jamais atingido, ideal a que a imaginação aspira nos momentos de grande necessidade e de grande privação. (Freud, [1905] 1958)

O indivíduo fixado em um modo oral de organização da libido (**tipo oral**) tende à avidez no tomar e no receber; não suporta a privação e tem dificuldades com a rejeição. Tende a ser passivo e exigentemente receptivo em relação às pessoas que ama. O exagero do tipo oral é descrito tradicionalmente como dependente, sem iniciativa, passivo e acomodado.

A segunda forma de organização da libido, chamada **fase anal**, caracteriza-se pelo marcado interesse e prazer da criança em reter e expelir as fezes, compreendendo o desenvolvimento da libido do segundo ao terceiro ano de vida. O **tipo anal** pode ter seu prazer tanto concentrado no reter seus afetos, atos e pensamentos, como no expelir, expulsar abruptamente esses elementos psíquicos. É, sobretudo, um tipo ambivalente em relação a essas duas atitudes básicas "reter" e "expelir"; podendo ser extremamente "contido" e abruptamente explodir em ataques de cólera. Os traços de caráter obsessivo e compulsivo, a tendência à avareza, ao desejo de controlar a si mesmo e aos outros, assim como as tendências a fantasias de onipotência e pensamento mágico são associados ao "perfil anal".

Na terceira fase (dos 3 aos 5 anos), denominada **fase fálica**, as crianças de ambos os sexos interessam-se crescentemente por seus próprios genitais. Nessa fase, segundo a formulação freudiana, a libido dirige-se ao *phalus* do menino e, de certa forma, à "ausência" do *phalus* na menina. Há intenso investimento narcísico sobre esse *phalus* (que é anatômico/real e simbólico, ao mesmo tempo). Nesse contexto, do **complexo de Édipo**, o conflito da criança é marcado por amor e desejo dirigidos ao progenitor do sexo oposto e ódio e rivalidade ao progenitor do mesmo sexo. Assim, a criança, que inconscientemente hostiliza o progenitor do mesmo sexo, também inconscientemente aguarda a represália, sob a forma de castração, de destruição daquilo que julga ser o mais valioso em seu ser. O **tipo fálico** pode tender ao exibicionismo físico e mental, ao narcisismo de suas qualidades, aos atributos e poderes ou à inibição amedrontada em desejar qualquer coisa que lhe seja de valor. Além de exibicionista, o tipo fálico pode ser descrito como agressivo, intrometido, julgando-se narcisisticamente merecedor de penetrar em qualquer espaço que considera como seu de direito.

Há intenso investimento narcísico sobre esse *phalus* (que é anatômico/real e simbólico, ao mesmo tempo). Nesse contexto, do complexo de Édipo, o conflito da criança é marcado por amor e desejo dirigidos ao progenitor do sexo oposto e ódio e rivalidade ao progenitor do mesmo sexo.

A biotipologia de Kretschmer

A tentativa de aproximar tipos anatômicos, fisiológicos ou endócrinos de determinados padrões de caráter psicológico tem sido empreendida desde Hipócrates, com sucesso bastante discutível. Uma das biotipologias mais marcantes na história da psicopatologia foi a de Ernest Kretschmer. O psiquiatra alemão buscou dividir os tipos humanos em três espécies morfológicas e psicológicas distintas: os brevelíneos, os longilíneos e os atléticos.

Os **longilíneos**, ou **leptossômicos**, são indivíduos nos quais predomina o diâmetro longitudinal, vertical, sobre todos os outros; têm corpos delgados; ombros estreitos; peito aplainado; rosto alargado e estreito; membros, mãos e pés longos e delgados. A personalidade tenderia à esquizoidia.

Hiper-racional, o leptossômico tenderia a privilegiar o cerebral em contraposição ao vital, o lógico em contraposição ao afetivo, o esquemático em contraposição ao dinâmico. Apresentaria muita dificuldade no contato afetivo, direto e espontâneo com as pessoas. Tenderia à desconfiança e às fantasias persecutórias. Preferiria os esquemas teóricos, as arquiteturas racionais, o mundo das categorias à vida real, com sabor, odor e movimento constante.

Dom Quixote de la Mancha, o leptossômico exemplar, mergulha de tal modo em leituras fantásticas, aderindo integralmente a esquemas artificiais (o herói, o vilão, a donzela indefesa) a ponto de sua vida se transformar em um enorme e maravilhoso delírio. O leptossômico, ao adoecer mentalmente, tem a propensão à esquizofrenia e a personalidades esquizóides ou esquizotípicas.

Dom Quixote de la Mancha, o leptossômico exemplar, mergulha de tal modo em leituras fantásticas, aderindo integralmente a esquemas artificiais (o herói, o vilão, a donzela indefesa) a ponto de sua vida se transformar em um enorme e maravilhoso delírio.

Nos **brevelíneos**, ou **pícnicos**, predomina o diâmetro ântero-posterior do tronco, principalmente do abdome. O rosto é arredondado; e os membros, curtos. Tenderiam à ciclotimia ou à sintonia. Apresen-

tariam a característica de "sintonizar" afetivamente com as pessoas circundantes, ligados ao suceder histórico dos acontecimentos, à vida real, às emoções e ao colorido geral do mundo.

O tipo clássico representante dos pícnicos ciclotímicos é o escudeiro Sancho Pança; bonachão, amante da culinária e do vinho, tranqüilo, voltado para a esfera emocional, em constante sintonia afetiva com seu meio ambiente. Sancho Pança quer saborear a vida, não quer entendê-la, quer a festa, o júbilo, as pessoas reais, não o livro, as teorias, os grandes esquemas que categorizam a vida. O pícnico, ao adoecer mentalmente, tende ao transtorno afetivo bipolar, à depressão e às timopatias de modo geral.

O tipo clássico representante dos pícnicos ciclotímicos é o escudeiro Sancho Pança; bonachão, amante da culinária e do vinho, tranqüilo, voltado para a esfera emocional.

O **tipo atlético**, ou **muscular**, seria a forma intermediária entre o pícnico e o leptossômico. O sistema ósseo e o muscular são desenvolvidos. Há predomínio do diâmetro transversal; ombros largos, cadeiras estreitas e pescoço grosso. Os atléticos tenderiam, assim como os leptossômicos, à esquizofrenia ou à epilepsia, segundo a visão de Kretschmer.

MODELOS DE PERSONALIDADE OBTIDOS POR ESTUDOS EMPÍRICOS E PSICOMÉTRICOS

O modelo de Eysenck e o modelo dos cinco fatores (*The big five model*)

O **modelo de Eysenck** (Eysenck; Eysenck, 1985), desenvolvido nos anos 1950 e 1960, situa-se entre uma perspectiva genética e psicofisiológica da personalidade e a aceitação de aspectos da teoria comportamental. Sua teoria da personalidade, amplamente testada em estudos empíricos, inclui três dimensões: "neuroticismo" (traços ansiosos como tensão, preocupação, autopiedade, instabilidade), "extroversão/introversão" (extroversão indicando propensão à atividade, energia, entusiasmo, busca dos outros, assertividade, e introversão sendo o oposto) e finalmente "psicoticismo". Esta última dimensão foi acrescentada um pouco mais tarde ao modelo inicial e inclui traços que pessoas normais compartilhariam com indivíduos psicóticos: descuido ou negligência em relação a si mesmo, descaso pelo senso comum e expressão anormal das emoções.

Um segundo modelo de estudos de personalidade, o **modelo dos cinco fatores** (*five-factor model* ou *the big five)* foi proposto inicialmente por E. Tupes e R. Christal nos anos 1960, mas aplicado amplamente em pesquisa por McCrae e John (1992), assim como por Costa e Widiger (1994). Nesse modelo foram obtidas cinco dimensões da personalidade que se revelam estáveis e consistentes em numerosos estudos empíricos. As dimensões são as seguintes:

No modelo dos cinco fatores foram obtidas cinco dimensões da personalidade que se revelam estáveis e consistentes em numerosos estudos empíricos.

1. **Neuroticismo:** traços ansiosos, tensão, preocupação, autopiedade, instabilidade
2. **Extroversão:** propensão a atividade, energia, entusiasmo, busca dos outros, assertividade (a **introversão** é o seu oposto)
3. **Abertura:** curiosidade, imaginação, originalidade, tendência à arte, maior *insight* e abertura de interesses
4. **Amabilidade:** gentil, confiável, valorizador, generoso, empático, perdoador

5. **Conscienciosidade:** organizado, eficiente, responsável, confiável, planejador

Como o modelo dos cinco fatores tem sido amplamente utilizado e validado em pesquisas, muitos estudos têm sido feitos no sentido de verificar a correlação entre as dimensões desse modelo e os transtornos da personalidade segundo o DSM-IV e a CID-10 (Widiger, 2005).

O modelo de personalidade de Cloninger

Robert Cloninger tem descrito, desde o final dos anos 1970, um modelo de personalidade que busca fundamentos neuroestruturais, neuroquímicos e genéticos para identificar padrões de reação a estímulos específicos. Assim, por meio de estudos de famílias em desenvolvimento, com análises psicométricas, somados a pesquisas neuroanatômicas e neuroquímicas e investigações comportamentais e de aprendizagem em homens e animais, Cloninger (1994) identificou três dimensões da personalidade que seriam, segundo seus postulados, geneticamente independentes. Tais dimensões revelariam *padrões predizíveis de interação em suas respostas adaptativas a classes específicas de estímulos do meio ambiente*. Assim, esse autor identificou as seguintes dimensões:

Cloninger (1994) identificou três dimensões da personalidade que seriam, segundo seus postulados, geneticamente independentes.

1. **Procura por novidade** (*novelty seeking*). Nesta dimensão, os estímulos mais relevantes seriam a novidade, a recompensa potencial e o alívio da monotonia. Aqui haveria a tendência herdável para a excitação e a exaltação perante estímulos novos, assim como a busca intensa por aventuras e explorações emocionantes. O sujeito seria intolerante em relação à monotonia. Suas decisões seriam baseadas em intuições e impressões globais vagas. Ele age por impulso e muda rapidamente de interesses e amizades. As vias neuronais mais ativadas nesse padrão seriam os sistemas dopaminérgicos de recompensa. Tem-se buscado associar esse padrão de Cloninger ao maior risco de abuso e dependência de substâncias em adolescentes e aos comportamentos sociopáticos em geral.
2. **Evitação de danos** (*harm avoidance*). Aqui haveria a tendência inata do sujeito de responder com intensidade a sinais de estímulos aversivos. O indivíduo é quase sempre temeroso, antecipando os danos possíveis. Isso revelaria uma pessoa pessimista e inibida, que evita os menores riscos e busca avidamente o familiar e o previsível. As vias neuroquímicas envolvidas seriam as serotonérgicas.
3. **Dependência de recompensa** (*reward dependence*). Em tal dimensão, haveria a tendência herdável do sujeito a responder intensamente a sinais ou indicativos de recompensa (em especial sinais de aprovação social). Nos sujeitos em que predomina esse padrão, verifica-se extrema dependência de apoios emocionais e intimidade com os outros, são muito sensíveis às sugestões sociais e responsivos à pressão social, além de extremamente sensíveis à rejeição, mesmo em relação a pequenos menosprezos. As vias neuroquímicas envolvidas seriam as noradrenérgicas.

TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE

Conceito

O transtorno da personalidade foi, ao longo dos últimos dois séculos, nomeado de diversas formas: insanidade moral (*"moral insanity"*, de Prichard), monomania moral, transtorno ou neurose de caráter, etc. Entretanto, o termo que mais se tornou popular entre os profissionais de saúde mental foi **psicopatia**. Tal vocábulo foi, infelizmente, utilizado de modo muito impreciso, ora se identificando psicopatia com personalidade sociopática, ora com transtornos da personalidade em geral.

O psiquiatra alemão Kurt Schneider (1974) definiu os transtornos da personalidade de forma muito oportuna; para ele, o elemento central desses transtornos (por ele denominados de personalidades psicopáticas) é que o indivíduo apresenta as seguintes características básicas: "[...] sofre e faz sofrer a sociedade", assim como "[...] não aprende com a experiência".

Isso quer dizer que, no transtorno da personalidade, há uma marcante desarmonia que se reflete tanto no plano intrapsíquico como no das relações interpessoais.

> Os transtornos da personalidade, embora de modo geral produzam conseqüências muito penosas para o indivíduo, familiares e pessoas próximas, não são facilmente modificáveis por meio das experiências da vida.

Os transtornos da personalidade, embora de modo geral produzam conseqüências muito penosas para o indivíduo, familiares e pessoas próximas, não são facilmente modificáveis por meio das experiências da vida; tendem, antes, a permanecer estáveis ao longo de toda a vida.

Segundo a classificação atual de transtornos mentais da OMS (1993), a CID-10, **os transtornos da personalidade são definidos pelas seguintes características**:

1. Geralmente **surgem na infância ou adolescência** e tendem a permanecer relativamente estáveis ao longo da vida do indivíduo ("O menino é o pai do homem").
2. Manifestam um **conjunto de comportamentos e reações afetivas claramente desarmônicos**, envolvendo **vários aspectos da vida do indivíduo**, como a afetividade, o controle de impulsos, o modo e o estilo de relacionamento interpessoais, etc.
3. O padrão anormal de comportamento e de respostas afetivas e volitivas é permanente, de **longa duração** e **não limitado ao episódio de doença mental** associada (como uma fase maníaca ou depressiva, um surto esquizofrênico, etc.).
4. O padrão anormal de comportamento **inclui muitos aspectos do psiquismo e da vida social** do indivíduo, não sendo restrito a apenas um tipo de reação ou uma área do psiquismo.
5. O padrão comportamental é **mal-adaptativo**, produz uma série de dificuldades para o indivíduo e/ou para as pessoas que com ele convivem.
6. São condições **não relacionadas diretamente à lesão cerebral** evidente ou a outro transtorno psiquiátrico (embora haja alterações de personalidade secundárias à lesão cerebral).
7. O transtorno da personalidade leva a **algum grau de sofrimento** (angústia, solidão, sensação de fracasso pessoal, dificuldades no relacionamento vividas com amargura, etc.); entretanto, salienta a CID-10, tal sofrimento pode se tornar aparente para o indivíduo apenas tardiamente em sua vida.
8. Em geral, o transtorno da personalidade contribui para o **mau**

desempenho ocupacional (no trabalho, estudos, etc.) e **social** (com familiares, amigos, colegas de trabalho ou estudo). Entretanto, tal desempenho precário não é condição obrigatória.

Transtornos da personalidade segundo as classificações oficiais

Segundo a CID-10 e o DSM-IV (com ligeiras modificações do autor), os **transtornos da personalidade** podem ser agrupados em três grandes subgrupos, que são: A – esquisitos e/ou desconfiados; B – instáveis e/ou manipuladores; C – ansiosos e/ou controlados-controladores (Quadro 22.3).

Os transtornos da personalidade podem ser agrupados em três grandes subgrupos, que são: A – esquisitos e/ou desconfiados; B – instáveis e/ou manipuladores; C – ansiosos e/ou controlados-controladores.

Quadro 22.3
Transtornos da personalidade segundo a CID-10 e o DSM-IV

Agrupamento A	Agrupamento B	Agrupamento C
Esquisitice e/ou desconfiança	Impulsividade e/ou manipulação	Ansiedade e/ou controle
Paranóide Desconfiança constante Sensível às decepções e às críticas Rancoroso, arrogante Culpa os outros Reivindicativo Sente-se freqüentemente prejudicado nas relações	***Borderline*** Relações pessoais muito instáveis Atos autolesivos repetitivos Humor muito instável Impulsivo e explosivo Graves problemas de identidade Sentimentos intensos de vazio e aborrecimento crônico	**Ansiosa** Dificuldade em descontrair-se Preocupa-se facilmente Teme situações novas Atento a si próprio Muito sensível à rejeição Extremamente inseguro
Esquizóide Frio (indiferente) Distante, sem relações íntimas Esquisito (estranho) Vive no seu próprio mundo Solitário (isola-se) Não se emociona (imperturbável)	**Sociopática** Irresponsável, inconseqüente Frio, insensível Sem compaixão Agressivo, cruel Não sente culpa ou remorsos Não aprende com a experiência Mente de forma recorrente Aproveita-se dos outros	**Anancástica/obsessiva** Rígido, metódico, minucioso Não tolera variações ou improvisações Perfeccionista e escrupuloso Muito convencional, segue rigorosamente as regras Controlador (dos outros e de si) Indeciso
Esquizotípica Idéias e crenças estranhas e de auto-referência Desconforto nas relações interpessoais Pensamento muito vago e excessivamente metafórico Aparência física excêntrica	**Histriônica** Dramatiza, é muito teatral Sugestionável e superficial Necessita de atenção Manipulador Infantil e pueril Erotiza situações não comumente erotizáveis	**Dependente** Depende extremamente de outros Necessita muito agradar Desamparado quando sozinho Sem iniciativa e sem energia Sem autonomia pessoal

Grupo A: esquisitice e/ou desconfiança

Transtorno da personalidade paranóide

1. Sensibilidade excessiva a rejeições e a contratempos
2. Tendência a guardar rancores persistentemente
3. Desconfiança excessiva e tendência exagerada a distorcer as experiências por interpretar erroneamente as ações neutras ou amistosas de outros como hostis ou depreciativas
4. Obstinado senso de direitos pessoais e sensação de estar sendo injustiçado em relação a esses direitos, em desacordo com a situação real
5. Suspeitas recorrentes, sem justificativa, com respeito à fidelidade sexual do parceiro
6. Tendência a experimentar autovalorização excessiva, manifesta por meio de atitude persistente de auto-referência
7. Preocupação com explicações "conspiratórias", sem fundamento em dados reais

Transtorno da personalidade esquizóide

1. Distanciamento afetivo, afeto embotado, aparente frieza emocional
2. Capacidade limitada para expressar sentimentos calorosos, ternos ou raiva para com os outros
3. Indiferença aparente a elogios ou críticas
4. Poucas atividades produzem prazer
5. Pouco interesse em ter experiências sexuais com terceiro
6. Preferência quase invariável por atividades solitárias
7. Preocupação excessiva com fantasias e introspecção
8. Ausência de amigos íntimos ou de relacionamentos confidentes
9. Insensibilidade marcante em relação a normas e convenções sociais

O sistema norte-americano de classificação dos transtornos mentais, DSM-IV, acrescenta outro transtorno da personalidade a este subgrupo:

Transtorno da personalidade esquizotípica

1. Desconforto e incapacidade importante para ter relações interpessoais íntimas
2. Freqüentes idéias de auto-referência (tudo o que acontece no mundo se refere a ele)
3. Idéias e crenças estranhas, tendendo ao pensamento mágico
4. Experiências perceptivas incomuns, incluindo ilusões corporais
5. Pensamento e discurso incomuns, estranhos, por exemplo, pensamento vago, exageradamente metafórico, hiperelaborado ou estereotipado
6. Ideação paranóide, indivíduo muito desconfiado
7. Afetos inapropriados ou muito reduzidos
8. Comportamento e/ou aparência física (inclusive vestimenta) estranhos, os pacientes parecem excêntricos ou muito peculiares
9. Ausência de amigos íntimos ou confidentes, além dos parentes de primeiro grau
10. Ansiedade excessiva em situações sociais, que não diminui com a familiaridade em relação a tal situação ou é colorida com ideação paranóide

Nem sempre é fácil diferenciar entre o transtorno esquizóide e o esquizotípico. Descrevendo uma personagem que muito lembra uma personalidade esquizotípica, assim se expressa Machado de Assis [1884] (1994):

> Eulália era uma esquisita, para usarmos a linguagem da mãe, ou romanesca, para empregarmos a definição das amigas. Tinha, em verdade, uma singular organização. Saiu ao pai. O pai nascera com o amor do enigmático, do arriscado e do obscuro; morreu quando aparelhava uma expedição para ir à Bahia descobrir a "cidade abandonada". Eulália recebeu essa herança moral, modificada ou agravada pela natureza feminil. Nela dominava principalmente a contemplação. Era na cabeça que ela descobria as cidades abandonadas. Tinha os olhos dispostos de maneira que não podiam apanhar integralmente os contornos da vida. Começou idealizando as coisas, e, se não acabou negando-as, é certo que o sentimento da realidade esgarçou-se-lhe até chegar à transparência fina em que o tecido parece confundir-se com o ar.

Grupo B: instabilidade e/ou manipulação

Transtorno da personalidade anti-social (sociopatia)

Os sociopatas são pessoas incapazes de uma interação afetiva verdadeira e amorosa. Não têm consideração ou compaixão pelas outras pessoas, mentem, enganam, trapaceiam, prejudicam os outros, mesmo a quem nunca lhes fez nada.

Os sociopatas são indivíduos que, embora reconhecidos por todos, têm um *status* nosotáxico em psicopatologia polêmico, sempre discutível. É uma variação da normalidade ou uma doença, um modo de ser ou uma categoria médica? São perguntas ainda em aberto. Segundo a tradição psicopatológica, os sociopatas são pessoas incapazes de uma interação afetiva verdadeira e amorosa. Não têm consideração ou compaixão pelas outras pessoas, mentem, enganam, trapaceiam, prejudicam os outros, mesmo a quem nunca lhes fez nada. São popularmente conhecidos como "mau caráter", "tranqueira", "canalha", etc.

Eis aqui como a CID-10 os descreve:

1. Indiferença e insensibilidade pelos sentimentos alheios
2. Irresponsabilidade e desrespeito por normas, regras e obrigações sociais
3. Incapacidade de manter relacionamentos, embora não haja dificuldade em estabelecê-los
4. Muito baixa tolerância a frustrações e baixo limiar para descarga de agressão, inclusive violência
5. Incapacidade de experimentar culpa e de aprender com a experiência, particularmente com a punição
6. Propensão marcante para culpar os outros ou para oferecer racionalizações plausíveis para o comportamento que gerou seu conflito com a sociedade
7. Crueldade e sadismo são freqüentes nesse tipo de personalidade

Encontra-se no magnífico conto "A causa secreta", de Machado de Assis, uma das melhores descrições de um sociopata. Com a personagem Fortunato, Machado relata, de forma genial, a que ponto pode chegar o sadismo e a crueldade de um homem. O médico Garcia, ao observar a crueldade de seu amigo Fortunato, assim pensa:

> Castiga sem raiva, pensou o médico, pela necessidade de achar uma sensação de prazer, que só a dor alheia lhe pode dar: é o segredo deste homem.

No final do conto, Fortunato experimenta o maior prazer ao observar como seu amigo (amigo?) Garcia sofre desesperadamente ao despedir-se da mulher amada em segredo, recém-morta, beijando-a:

> Entretanto, Garcia inclinou-se ainda para beijar outra vez o cadáver; mas então não pôde mais. O beijo rebentou em soluços, e os olhos não puderam conter as lágrimas, que vieram em borbotões, lágrimas de amor calado, e irremediável desespero. Fortunato, à porta, onde ficara, saboreou tranqüilo essa explosão de dor moral que foi longa, muito longa, deliciosamente longa.

Transtorno da personalidade *borderline* (ou "emocionalmente instável")

1. Instabilidade emocional intensa
2. Sentimentos crônicos de vazio
3. Relacionamentos pessoais intensos, mas muito instáveis, oscilando em curtos períodos de uma grande "paixão" ou "amizade" para "ódio" e "rancor" profundos
4. Esforços excessivos para evitar abandono
5. Dificuldades sérias e instabilidade com relação à auto-imagem, aos objetivos e às preferências pessoais (inclusive a sexual)
6. Atos repetitivos de autolesão, envolvendo-se em atuações perigosas (como guiar muito embriagado e velozmente, intoxicar-se com substâncias, etc.)
7. Atos suicidas repetitivos

Transtorno da personalidade tipo impulsivo

1. Tendência marcante a agir impulsivamente, sem considerar as conseqüências
2. Instabilidade afetiva intensa
3. Acessos de raiva intensa
4. Explosões comportamentais

Transtorno da personalidade histriônica

1. Dramatização, teatralidade, expressão exagerada das emoções
2. Sugestionabilidade aumentada, facilmente influenciado por outros ou pelas circunstâncias
3. Afetividade superficial, pueril e lábil
4. Busca contínua de atenção e apreciação pelos outros, quer ser o centro das atenções
5. Sedução inapropriada em aparência (vestimenta, maquiagem, etc.) e comportamento
6. Erotização de situações não estritamente eróticas (consulta ao dentista, audiência com o juiz, etc.)
7. Infantilidade, tendência a reações infantis, pouca tolerância à frustração

Também em relação a CID-10, o sistema norte-americano de classificação dos transtornos mentais, DSM-IV, acrescenta, nesse subgrupo, mais um transtorno da personalidade:

Transtorno da personalidade narcisista

1. O indivíduo apresenta senso grandioso (e irreal) da importância de sua pessoa. Julga ter talentos especiais, espera ser reconhecido como superior, sem que tenha feito algo concreto para isso
2. Muito voltado para fantasias de grande sucesso pessoal, de poder, brilho, beleza ou de um amor ideal
3. Acha-se excepcionalmente "especial" e "único", acreditando que só

pessoas ou instituições também excepcionalmente especiais ou únicas podem estar à sua altura
4. Requer admiração excessiva
5. Tende a ser "explorador" nas relações interpessoais, buscando vantagens sobre os outros para atingir o seu fim ou sucesso pessoal
6. Sem empatia pelas pessoas comuns
7. Freqüentemente invejoso dos outros ou do sucesso alheio; acha sempre que os outros têm inveja dele
8. Freqüentemente arrogante

Grupo C: ansiedade e/ou controle

Transtorno da personalidade anancástica ou obsessiva

1. Preocupação excessiva com detalhes, regras, listas, ordem, organização ou esquemas
2. Perfeccionismo que interfere na conclusão de tarefas
3. Dúvidas excessivas sobre assuntos irrelevantes
4. Cautela demasiada
5. Rigidez e teimosia
6. Insistência incomum para que os outros submetam-se exatamente à sua maneira de fazer as coisas
7. Excesso e escrúpulos e preocupação indevida com detalhes da vida
8. A rigidez impede ou anula o prazer nas relações interpessoais
9. Adesão excessiva às convenções sociais e certo pedantismo

Transtorno da personalidade ansiosa ou de evitação

1. Estado constante de tensão e apreensão
2. Crença de ser socialmente incapaz, desinteressante ou inferior aos outros
3. Preocupação ou medo excessivo em ser criticado ou rejeitado
4. Restrições na vida diária devido à necessidade de segurança física ou psíquica
5. Evitação de atividades sociais e ocupacionais que envolvam contato interpessoal significativo, principalmente por medo de críticas, desaprovação ou rejeição

Transtorno da personalidade dependente

1. Subordinação das próprias necessidades e desejos àqueles dos outros dos quais é dependente
2. Solicitação constante de que outros (dos quais depende) tomem as decisões importantes em sua vida pessoal
3. Sentimento de desamparo quando sozinho por causa de medo exagerado de ser incapaz de se cuidar
4. Preocupação e/ou medo exagerado de ser abandonado pela(s) pessoa(s) da(s) qual(is) depende
5. Capacidade limitada de tomar decisões cotidianas sem excesso de conselhos e reasseguramento pelos outros
6. Relutância em fazer exigências ainda que razoáveis à(s) pessoa(s) da(s) qual(is) depende

Independentemente dos três subgrupos mencionados, descreve-se ainda os seguintes tipos específicos de transtorno da personalidade não incluídos nos sistemas DSM e CID:

Transtorno da personalidade do tipo epiléptico

Há certa controvérsia sobre as alterações da personalidade associadas à epilepsia e

Atualmente, sabe-se que apenas alguns pacientes com epilepsia, sobretudo com crises parciais complexas, com focos epileptogênicos nos lobos temporais, apresentam alterações da personalidade.

às disfunções do lobo temporal. Classicamente, muitos psiquiatras atribuíram à epilepsia alterações típicas da personalidade. Atualmente, sabe-se que apenas alguns pacientes com epilepsia, sobretudo com crises parciais complexas, com focos epileptogênicos nos lobos temporais, apresentam alterações da personalidade. O neurologista Norman Geschwind descreveu há alguns anos uma síndrome de alterações da personalidade relacionada tanto à epilepsia como a distúrbios neurológicos envolvendo as estruturas temporolímbicas (Benson, 1991). As alterações características da personalidade do tipo epiléptico ou síndrome de Geschwind são:

1. **Irritabilidade**. Indivíduo se irrita com muita facilidade, aparentemente sem motivos.
2. **Impulsividade**. Tendência a explosões comportamentais.
3. **Desconfiança**. Tendência à atitude paranóide em relação às pessoas.
4. **Prolixidade**. Tendência ao pensamento vago, que não chega a um fim definido.

Geschwind acrescenta ainda os seguintes aspectos:

5. **Viscosidade** na interação pessoal (indivíduo descrito como "grudento", "viscoso").
6. Tendência à **hipergrafia**, a praticar a escrita de forma compulsiva.
7. **Circunstancialidade**, indivíduo com pensamento que "roda" em torno do tema.
8. Tendência à **hiper-religiosidade**, muito ligado a questões místicas ou religiosas.
9. Tendência à **hipossexualidade**, vida sexual ausente, sem interesse pela sexualidade.
10. Outras tendências como obsessionalidade, culpa, moralismo, dependência, passividade, senso aumentado de um "destino pessoal", hostilidade, falta de humor.

SEMIOTÉCNICA DA PERSONALIDADE

Verifica-se, por meio de observação cuidadosa e prolongada do paciente e pelo relato de familiares e conhecidos, quais dos traços a seguir são mais claramente presentes no paciente. Pede-se aos familiares que descrevam como ele(a) é no dia-a-dia, como é seu jeito de ser, seu estilo pessoal, seu modo de reagir, de sentir e de atuar ao longo dos anos, nas diversas situações de vida (Quadro 22.4).

Quadro 22.4

Semiotécnica da personalidade: perguntas para identificar o perfil de personalidade (fundamentado e modificado de Carlat, 2007)

Investigar a história de vida do paciente, enfocando os padrões constantes de relacionamentos interpessoais, formas de sentir e de reagir, modos de se comportar
(buscar investigar os traços de personalidade não apenas com o paciente, mas sobretudo com pessoas que convivem com ele)

Para perfil de personalidade e transtornos da personalidade em geral

- Conte-me sobre sua infância e adolescência. Fale-me sobre a sua relação com seus pais e irmãos
- Fale-me sobre seu modo de ser, tente descrever a si mesmo. Como as pessoas que convivem com você o(a) descreveriam. Que coisas chatas ou desagradáveis *sempre* acontecem com você?
- Você teve e tem amigos? Como são essas amizades e seus relacionamentos?
- Que tipo de empregos e ocupações já teve? O que costuma acontecer com esses empregos?
- Como você reage quando uma coisa que quer (ou deseja muito) não acontece?

Para personalidade *borderline*

- As pessoas decepcionam você com certa freqüência?
- Quando algo deu ou dá errado na sua vida, como você fica?
- Você já fez coisas para se ferir, ou que puseram em risco a sua vida (como se cortar ou tomar uma *overdose*, dirigir embriagado[a])? Você se machuca ou se ataca com freqüência? Já tentou o suicídio?
- Você é uma pessoa mal-humorada? Tem sentimentos de vazio? Com que freqüência?
- Quando alguém o(a) abandona ou rejeita, como você se sente e como reage?
- O que você faz quando fica bravo? É uma pessoa explosiva, impulsiva?
- Seus relacionamentos tendem a ser calmos e estáveis ou tempestuosos e instáveis, com muitos altos e baixos? Tente descrever os seus relacionamentos no passado e nos últimos tempos.

Para personalidade histriônica

- Observar se o paciente é teatral, dramático ou sedutor, gosta de chamar a atenção e pode se vestir de forma excêntrica, com calças apertadas, decotes provocativos, saias curtas, etc.

  Perguntar:
- Quando você sente uma emoção, gosta de manter esse sentimento para si mesmo ou a expressa? (Tende mais a expressar.)
- Você se impressiona muito com as coisas, por exemplo, com um filme, uma história, uma notícia?
- Quando falam uma coisa para você sugerindo algo, isso fica intensamente na sua cabeça?
- Gosta que prestem atenção em você? Aprecia estar no centro das atenções?

Para personalidade anti-social

Mesmo com evidências ao contrário, o paciente sempre se diz inocente e vítima em circunstâncias de transgressão ou violência. Apesar de manipulador, sem consideração pelos outros (e, eventualmente, cruel, sádico), pode ser aparentemente simpático, agradável e sedutor. Se for inteligente, talvez responda às perguntas a seguir de forma negativa

- Você gosta de sempre se sair bem, de levar vantagem nas coisas?
- Você, às vezes, sente uma espécie de prazer quando obtém vantagem sobre alguém? Também já sentiu prazer em ver alguém se dar mal?
- Você admira um bom golpe quando tem conhecimento de um?
- Você já fez alguma coisa que poderia ter-lhe causado problemas com a justiça?
- Por algum motivo, justo ou injusto, já teve algum problema com a justiça ou com a polícia?

Para personalidade paranóide

- Você já sentiu (ou sente com certa freqüência) que as pessoas não são confiáveis?
- As pessoas se voltam contra você sem um motivo em particular?
- Sente que as pessoas ou as situações estão freqüentemente contra você?

Questões de revisão

- Como se define personalidade?
- Qual a diferença entre caráter e temperamento?
- Fale a respeito das tipologias humanas hipocrático-galênica e de Jung.
- Segundo Freud, como acontece o desenvolvimento da personalidade?
- Caracterize a biotipologia de Kretschmer. Relacione-a com os transtornos mentais.
- Descreva as dimensões do modelo dos cinco fatores.
- Caracterize as dimensões da personalidade segundo os postulados de Cloninger.
- O que é um transtorno da personalidade? Quais são as suas características?
- Descreva os transtornos da personalidade do grupo B (instabilidade e/ou manipulação).

23

A inteligência e suas alterações

... a afetividade certamente é primordial. Afetividade é o motor de qualquer conduta. Mas a afetividade não modifica a estrutura cognitiva. Tomemos duas crianças em idade escolar, por exemplo. Uma que adora matemática, é interessada e entusiasta, e possui todos os demais predicados que você imagine. E uma outra que tem sentimentos de inferioridade, que não gosta do professor, e assim por diante. Uma se adiantará muito mais rapidamente do que a outra, mas para ambas dois e dois fazem quatro no final. Não são três para a que não gosta de matemática, nem cinco para a que gosta. Dois e dois ainda serão quatro.

Jean Piaget (apud Evans, 1980)

DEFINIÇÕES BÁSICAS

A inteligência é um conceito fundamental da psicologia moderna que todos utilizam; entretanto, quase ninguém consegue defini-la de modo definitivo ou pelo menos amplamente convincente (Richardson, 1999). O próprio criador da principal escala de avaliação e mensuração da inteligência em crianças e adultos, David Wechsler, certa vez, ao comentar sobre a dificuldade em definir exatamente o que é inteligência, afirmou ironicamente: “O que é inteligência... ora, inteligência é aquilo que os meus testes medem”.

A inteligência pode ser definida como o conjunto das **habilidades cognitivas do indivíduo**, a resultante, o vetor final dos diferentes processos intelectivos. Refere-se à **capacidade de identificar e resolver problemas novos**, de reconhecer adequadamente as situações vivenciais cambiantes e **encontrar soluções, as mais satisfatórias possíveis** para si e para o ambiente, respondendo às exigências de adaptação biológica e sociocultural.

A inteligência pode ser definida como o conjunto das **habilidades cognitivas do indivíduo**, a resultante, o vetor final dos diferentes processos intelectivos.

Deve-se deixar claro que, mais que qualquer outra função psíquica, a inteligência não é uma função material, delimitável e independente das formulações que sobre ela se faz. A **inteligência é um constructo**, um modo de ver e estudar uma dimensão do funcionamento mental, dimen-

As principais habilidades incluídas no constructo inteligência são: raciocínio, planejamento, resolução de problemas, pensamento abstrato, compreensão de idéias complexas, aprendizagem rápida e aprendizagem a partir da experiência.

são esta construída historicamente pela psicologia, pela medicina e pela pedagogia.

As principais habilidades incluídas no constructo inteligência são: **raciocínio, planejamento, resolução de problemas, pensamento abstrato, compreensão de idéias complexas, aprendizagem rápida e aprendizagem a partir da experiência**. A inteligência reflete uma capacidade mais ampla para compreender o mundo ao seu redor (AAMR, 2006).

A inteligência tem uma dimensão de rendimento psíquico. Refere-se assim às habilidades intelectivas que, **com o mínimo de esforço empregado, obtêm o máximo de ganho ou de rendimento funcional**.

Segundo Nobre de Melo (1979), será tanto mais inteligente o indivíduo quanto melhor e mais rapidamente possa compreender o que sucede, quanto maior for o campo de informações que consegue abarcar e integrar, quanto maior o número e a precisão dos conceitos e juízos que consegue adquirir e utilizar, e quanto mais rápida e adequadamente possa adaptar-se a situações existenciais novas.

ONTOGÊNESE DA INTELIGÊNCIA: O DESENVOLVIMENTO DA INTELIGÊNCIA NA CRIANÇA, SEGUNDO JEAN PIAGET

Como surge e se desenvolve a inteligência em um indivíduo? De onde vêm as habilidades cognitivas que permitem ao sujeito adaptar-se continuamente às exigências de um ambiente cambiante e desafiador? Seriam elas predominantemente herdadas ou totalmente aprendidas ao longo da educação? O genial pensador e pesquisador suíço Jean Piaget recusa uma solução unilateral. Para ele, a inteligência na criança não é nem somente herdada, nem apenas aprendida. A inteligência, os processos mentais que criam, organizam e utilizam adaptativamente os conceitos e os raciocínios não são inatos, pois mudam ao longo da vida; não são também apenas aprendidos dos adultos, pois estes não nasceram com elas, foram-nas adquirindo ao longo de seu desenvolvimento pessoal. **As idéias das crianças sobre o mundo** são **construções**, que envolvem as estruturas mentais inatas e a experiência sociocultural. O **desenvolvimento da inteligência**, por sua vez, **ocorre pela substituição** (de esquemas cognitivos prévios), pela **aquisição e integração** de novos esquemas cognitivos, e **não apenas pela adição** de habilidades cognitivas.

Piaget descreveu quatro estágios do desenvolvimento. Para ele, cada fase do desenvolvimento da inteligência deve ser considerada como formada por estruturas mentais e comportamentais distintas em quantidade e qualidade.

Piaget descreveu **quatro estágios do desenvolvimento**. Para ele, cada fase do desenvolvimento da inteligência deve ser considerada como formada por **estruturas mentais e comportamentais distintas em quantidade e qualidade**. Tais estruturas desenvolvem-se progressivamente ao longo da vida da criança, uma se sucedendo à outra, enriquecendo de forma gradativa a cognição do indivíduo, conforme descritas a seguir.

Período sensório-motor

Ocorre nos **dois primeiros anos de vida**. Nesse período, as estruturas mentais restringem-se ao domínio dos objetos concre-

tos. Na fase inicial, predominam as atividades reflexas congênitas, surgindo gradativamente os primeiros hábitos motores, os primeiros esquemas perceptivos organizados e os afetos diferenciados. O bebê ainda não apresenta um pensamento propriamente dito. Ainda não existem a linguagem e a função simbólica, repousando as atividades mentais exclusivamente em percepções e movimentos. A atividade cognitiva do bebê concentra-se, portanto, sob um conjunto coordenado de atividades sensório-motoras, sem que participe a representação ou o pensamento. A imitação é um procedimento fundamental nesse período para o desenvolvimento da cognição; imitação aqui é uma prefiguração, um núcleo embrionário da representação; no dizer de Piaget: “uma espécie de representação em atos materiais e ainda não em pensamento”.

É apenas no final do período sensório-motor que surgem os “objetos permanentes”. As pesquisas de observação detalhada desenvolvidas por Piaget revelaram que o universo inicial do bebê é um mundo sem objetos, consiste apenas em “quadros móveis e inconsistentes”, os quais aparecem e, logo, desaparecem completamente. Antes do final do primeiro ano de vida, quando a mamadeira é afastada do campo visual do bebê, ele chora desesperadamente como se o objeto se tivesse desfeito. Quando um objeto é escondido atrás de um pano, o bebê tem a sensação de que o objeto deixou de existir. Por volta dos 9 a 10 meses, o objeto escondido na frente do bebê passa a ser procurado ativamente por ele, denotando o início dos chamados “objetos permanentes”.

No período sensório-motor, não há ainda a diferenciação eu-mundo; a criança está totalmente centrada em si mesma (**egocentrismo**). A partir do segundo ano de vida, desenvolve-se mais cabalmente a percepção do mundo externo. Os conceitos de “coisas”, “espaço”, “tempo” e “causalidade”, como categorias práticas do dia-a-dia, estruturam-se ao final desse período.

No período sensório-motor, não há ainda a diferenciação eu-mundo; a criança está totalmente centrada em si mesma (egocentrismo). A partir do segundo ano de vida, desenvolve-se mais cabalmente a percepção do mundo externo.

Período pré-operatório

Ocorre **entre os 2 e os 7 anos de vida**. São processados, nesse período, o domínio dos símbolos e o desenvolvimento da linguagem, dos sentimentos interpessoais e das relações sociais. O brincar passa a ser um dos principais instrumentos do desenvolvimento cognitivo da criança.

Segundo Piaget, entre 1 ano e meio e 2 anos de idade surge uma função extremamente importante para a evolução das habilidades cognitivas posteriores, que consiste na capacidade de poder representar alguma coisa. Um objeto ou um acontecimento passam a ter um “significado”, que é representado por um “significante” específico, que só serve para essa representação. Surgem e desenvolvem-se, portanto, a linguagem, as imagens mentais, os gestos simbólicos, etc.

O tipo de inteligência do estágio pré-operatório baseia-se naquilo que Piaget chama de “meia-lógica”. Nessa meia-lógica, as operações mentais já obedecem a determinada lógica; entretanto, essa é incompleta, faltando-lhe, por exemplo, a noção de reversibilidade nas operações e de conservação física. O pensamento lógico trabalha apenas em uma direção. A noção de identidade é, por exemplo, fundamentalmente qualitativa, faltando a sua dimensão quantitativa. Assim, diz Piaget, uma criança em fase pré-operatória comete o erro lógico afirmando que a quantidade de água varia de acordo com a forma do seu recipiente (não reconhece a identidade

quantitativa da água). Entretanto, essa mesma criança afirmará que, ao se mudar o recipiente, é a mesma água (qualitativamente) que se encontra no novo recipiente.

Segundo Piaget, atividades semióticas, representativas, como o desenho, o brincar e a linguagem, desenvolvem-se nesse período, com conseqüências essenciais para o desenvolvimento sociocognitivo: a palavra vai gradativamente se interiorizando, plasmando-se uma linguagem interior, base do pensamento propriamente dito. Além disso, a ação ganha, de forma progressiva, uma dimensão totalmente social e, o que é mais fundamental, ocorre o processo de interiorização da ação, isto é, progride-se de um plano basicamente perceptivo e motor para um plano de imagens e experiências puramente mentais.

Segundo Piaget, atividades semióticas, representativas, como o desenho, o brincar e a linguagem, desenvolvem-se nesse período, com conseqüências essenciais para o desenvolvimento sociocognitivo.

Período operatório-concreto

Entre os **7 e os 12 anos de idade**, a criança aprende a dominar cabalmente as classes, as relações e os números, assim como raciocinar sobre eles. É o início do pensamento lógico, denominado por Piaget como "operações intelectuais concretas". A socialização desenvolve-se plenamente por meio da escola ou fora dela, surgindo o sentido de cooperação social. A operatividade, marca do período operatório-concreto, é caracterizada pela possibilidade da criança agir seguindo uma lógica, em função das implicações e conseqüências de suas idéias e pensamentos.

Entretanto, nesse estágio, as relações entre as classes somente podem ser compreendidas quando apresentam evidência completa, isto é, quando estão de alguma forma presentes ou **relacionadas ao campo perceptivo**. Os sistemas de pensamento, de símbolos e relações puramente abstratos, só chegarão ao seu pleno desenvolvimento no período seguinte.

No período operatório-concreto, as relações entre as classes somente podem ser compreendidas quando apresentam evidência completa, isto é, quando estão de alguma forma presentes ou relacionadas ao campo perceptivo.

Período operatório-formal

Dos **12 aos 16 anos**, o adolescente se envolve com o domínio do pensamento abstrato, com os sistemas simbólicos e as categorias abstratas mais gerais, com o funcionamento mental e cognitivo do "mundo adulto" (idéias e sistemas de idéias como a ética absoluta, o sistema democrático, os sistemas filosóficos, etc.). Desenvolve-se, nesse último período, a capacidade de analisar o pensamento próprio em relação ao dos outros. Aqui o adolescente já pode trabalhar com relações complexas e abstratas, podendo, inclusive, prever as situações necessárias para provar ou refutar hipóteses iniciais.

Dos 12 aos 16 anos, o adolescente se envolve com o domínio do pensamento abstrato, com os sistemas simbólicos e as categorias abstratas mais gerais.

Nessa última fase, tornam-se possíveis os sistemas lógicos e abstratos mais desenvolvidos do pensamento. Tais sistemas podem incluir complexas combinações de classes, sistemas de transformação de proposições lógicas, como operações inversas, negativas, recíprocas e contrárias. Aqui se torna viável uma formalização lógico-matemática desenvolvida do pensamento (transformação de um conjunto de idéias,

de proposições, de hipóteses, de teorias, em fórmulas matemáticas gerais), utilizando-se plenamente as operações lógico-abstratas, a noção de reversibilidade e os agrupamentos matemáticos e de classe.

Finalmente, cabe lembrar que há certo consenso de que a inteligência, pelo menos em parte, depende de influências genéticas. A correlação média da inteligência dos pais com a inteligência dos filhos biológicos fica em torno do 0,50; entre gêmeos idênticos, em torno de 0,90 e entre pais e filhos adotivos em torno de 0,25 (Sims, 1995). Entretanto, embora os fatores genéticos sejam importantes, o componente ambiental (aprendizado, estímulos psicossociais nos períodos "cruciais" do desenvolvimento cognitivo da criança, nutrição e condições adequadas de saúde, apoio afetivo, etc.) é, seguramente, fundamental para que o indivíduo possa desenvolver de forma plena o seu potencial genético.

OS MODELOS DE INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS

Inteligência geral (g) *versus* inteligências múltiplas

Há várias décadas, muitos autores distinguem diferentes tipos de inteligência, correspondendo às várias habilidades ou áreas da cognição, como: inteligência verbal, visuoespacial, visuoconstrutiva, inteligência aritmética, capacidade lógica, capacidade de planejamento e execução, capacidade de resolução de problemas novos, inteligência para a abstração e para a compreensão, inteligência criativa, etc. Tais modelos de inteligências múltiplas questionam a noção de inteligência geral (ou seja, a noção de que a inteligência de uma pessoa pode ser expressa ou resumida a um traço latente unifatorial).

Até os anos 1960, os psicólogos que estudam a inteligência formularam um modelo unifatorial da inteligência (Spearman, 1927). Postularam que haveria um fator geral que explicaria toda a inteligência, constructo este denominado "inteligência geral", abreviado por "g" (revisão em Blair, 2006). Entretanto, a partir dos anos 1960, outros pesquisadores da psicologia da inteligência passaram a propor que a inteligência seria melhor concebida como múltiplas formas de inteligência, ou seja, defendem um modelo multifatorial (Catell, 1971; Gardner, 1994; Goleman, 1994). Essas "inteligências específicas ou parciais" teriam certa autonomia e independência em relação ao constructo global g. Passou-se então a estudar as seguintes formas de inteligência: inteligência social, intrapessoal, motivacional, fluida ou cristalizada, maquiavélica, etc. A dita "inteligência emocional" (constructo em parte sobreposto à noção de "inteligência social") tornou-se muito popular na literatura de auto-ajuda. Não há espaço aqui para discussão aprofundada sobre a validade ou consistência de tais constructos, apenas serão apresentados seus principais aspectos.

Até os anos 1960, os psicólogos que estudam a inteligência formularam um modelo unifatorial da inteligência (Spearman, 1927). Postularam que haveria um fator geral que explicaria toda a inteligência.

Inteligência social

Os teóricos da inteligência social partem do princípio de que o indivíduo é um ser social, reflexivo, que participa ativamente de seu ambiente e visa objetivos coerentes com tal ambiente. Os processos cognitivos mais importantes se desenvolvem em relação estreita com o mundo em que se vive. Os comportamentos cognitivos, por serem intimamente conectados com o contexto social, só podem ser compreendidos

a partir também da análise de tais contextos.

Inteligência emocional

A inteligência emocional diz respeito ao conjunto de capacidades relativas ao processamento de informações emocionais. As várias definições de inteligência emocional incluem habilidades como autoconsciência emocional, empatia, consciência emocional do outro, capacidade de utilizar emoções para fazer julgamentos, capacidade de administrar conflitos, habilidade de construir laços de trabalho e de trabalhar em equipe. Esse constructo tem sido muito difundido na imprensa leiga; entretanto, sua definição é bastante frouxa e excessivamente abrangente. Ela inclui qualidades humanas diversas como flexibilidade, resiliência, confiabilidade, assertividade e compaixão (Bar-on; Parker, 2002).

Inteligência intrapessoal

Diz respeito à capacidade de entender e avaliar a si mesmo de forma precisa. Abrange, de certa forma, a inteligência social e a emocional, incluindo a capacidade de se inter-relacionar com os outros de forma compatível com o auto-entendimento.

Os *savants* são pessoas que, apesar de apresntarem uma inteligência geral reduzida (têm geralmente diagnósticos de autismo e/ou retardo mental), possuem habilidades muito desenvolvidas em áreas como memorização de números, marcas de carros, matemática, desenho, música.

Algumas pessoas, apesar de terem um desempenho de modo geral abaixo da média (com escores geralmente inferiores, na faixa de retardo mental ou inteligência limítrofe), apresentam habilidades muito desenvolvidas em domínios específicos da cognição (matemática, arte, música, memória de números, de marcas de carros etc.). São os chamados ***savants***. Tais pessoas reforçam a idéia de certa autonomia entre os distintos domínios da inteligência (Gazzaniga; Heaherton, 2005).

No sentido de integrar o modelo unifatorial ao modelo multidimensional, Carrol (1977) formulou a hipótese hierárquica de *três camadas da inteligência*. Nesse modelo piramidal, na base estariam cerca de 60 habilidades discretas de inteligência (p. ex., aptidões aritméticas, musicais, etc.). No segundo nível, essas 60 habilidades se reduziriam, por análise fatorial, a 10 habilidades mais amplas. Já no ápice da pirâmide, haveria um fator g que indicaria uma capacidade hipotética unitária de inteligência geral.

No Quadro 23.1 são apresentados alguns dos principais modelos de inteligência multidimensional.

RETARDO MENTAL

Aspectos gerais do retardo mental (Quadro 23.2)

O retardo mental é definido pela OMS (1993) como uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto das capacidades mentais, manifestando-se pelo comprometimento das habilidades cognitivas que são adquiridas ao longo do desenvolvimento na infância e na adolescência (revisão em King et al., 1997). Incluem principalmente as aptidões intelectivas, a linguagem e a capacidade de adaptação social. Indivíduos com retardo mental representam cerca de 2 a 3% da população geral (Grossman, 1972).

No retardo mental, há comprometimento das habilidades cognitivas que são adquiridas ao longo do desenvolvimento na infância e na adolescência.

Quadro 23.1
Alguns modelos multidimensionais de inteligência

Cattell (1971)	Gardner (1994)	Sternberg (1997)
Inteligência cristalizada: Habilidades globais como informações e conhecimentos. Conhecimentos adquiridos pela experiência. **Inteligência fluida:** Capacidades inatas: raciocínio e memória. Capacidade de compreender relações entre itens sem ter experiência prévia.	**Oito subtipos de inteligência** **Lingüística**: Compreender as palavras e nuanças de significados. **Lógico-matemática:** Manipular números e resolver problemas lógicos. **Espacial:** Orientar-se no espaço e avaliar relações entre objetos no espaço. **Musical:** Perceber e criar padrões de tons, harmonias e ritmos. **Corporal:** Consciência corporal e motricidade desenvolvidas. **Interpessoal (social):** Compreender e se comunicar bem com os outros. **Intrapessoal:** Perceber e compreender bem a si mesmo. **Naturalística:** Capacidade de distinguir e classificar espécies.	**Inteligência componencial:** Capacidade analítica; com que eficiência as pessoas processam informações e resolvem problemas. **Inteligência experencial:** Entendimento e originalidade. Aspecto perceptivo da inteligência. Com que eficiência se abordam tarefas novas como familiares. **Inteligência contextual:** Aspecto prático da inteligência. Com que eficiência as pessoas lidam com seu ambiente.

Quadro 23.2
Aspectos gerais do retardo mental

Grau de retardo mental (RM)	Quociente intelectual (QI)	Idade mental (corresponde a uma criança de)	Melhor nível escolar alcançável	% do total de indivíduos com RM	Transtornos associados
Limítrofe (não é RM)	70 a 84	–	Dificuldades aparecem apenas no Ensino Médio	Não é considerado RM	Dificuldades de comportamento no ambiente escolar
RM leve	50 a 69	9 a 12 anos	6ª a 7ª série do Ensino Fundamental	85%	Transtornos da conduta, autismo
RM moderado	35 a 49	6 a 9 anos	2ª série do Ensino Fundamental	10%	Transtornos da conduta, autismo
RM grave	20 a 34	3 a 6 anos	Não consegue freqüentar a escola	3 a 4%	Déficits motores e sensoriais, epilepsia
RM profundo	Abaixo de 20	Menos de 3 anos	Não consegue freqüentar a escola	1 a 2%	Déficits motores e sensoriais, epilepsia

O retardo mental no adulto caracteriza-se pela presença de inúmeras limitações em áreas como linguagem e comunicação, autocuidado (saúde, higiene e segurança), habilidades do indivíduo em alcançar as expectativas de seu grupo cultural, capacidade de utilização dos recursos comunitários e capacidade adaptativa básica na escola, trabalho e/ou lazer. Um QI inferior a 70 (cerca de dois desvios padrão abaixo da média populacional) é necessariamente esperado em indivíduos com retardo mental. Entretanto, não deve ser feito o diagnóstico de retardo mental caso tenha sido verificado, por meio de testes de inteligência, um QI abaixo de 70, mas as habilidades sociais, escolares e profissionais indiquem boa e complexa adaptação social e alto rendimento intelectual individual (nesse caso, o QI baixo foi um resultado falso-positivo). O diagnóstico de retardo mental, portanto, exige, além de um desempenho inferior a 70 nos testes individuais de QI, a identificação de um padrão de dificuldades e incapacidades de adaptação e baixos rendimentos cognitivos na vida diária do indivíduo.

O diagnóstico de retardo mental, portanto, exige, além de um desempenho inferior a 70 nos testes individuais de QI, a identificação de um padrão de dificuldades e incapacidades de adaptação e baixos rendimentos cognitivos na vida diária do indivíduo.

Deve-se lembrar também que os deficientes mentais apresentam, de modo geral, as habilidade visuoespaciais mais desenvolvidas que as capacidades cognitivas relacionadas à linguagem. O retardo mental não deve ser considerado uma forma de doença mental *sensu strictu*. Os déficits na resolução de problemas, no pensamento abstrato e no julgamento social são conseqüências do desenvolvimento intelectual deficitário, e não de processo adquirido de transtorno do pensamento. Dentre as limitações mais significativas no indivíduo com retardo mental leve, estão as dificuldades com o pensamento abstrato, metafórico e categorial, a incapacidade de planejamento estratégico e de previsão das conseqüências de ações complexas. A rigidez cognitiva e a dificuldade em aprender com os erros e desenvolver, a partir deles, novas e diferentes estratégias cognitivas e de ação são elementos característicos do retardo mental.

Outros transtornos mentais ocorrem com freqüência associados à deficiência mental. Transtornos comumente associados ao retardo mental leve e moderado são: transtornos de comportamento e de desenvolvimento na infância, autismo e epilepsia. Nos casos de retardo mental leve e moderado, muitas vezes não se reconhece uma etiologia clara e presume-se a interação de fatores genéticos e ambientais desfavoráveis. Em nosso meio, a **privação psicossocial** (ausência dos pais ou substitutos, desnutrição, falta de estímulos cognitivos e afetivos, violência domiciliar, etc.) representa, presumivelmente, um fator relevante para a deficiência mental leve. Retardo mental grave e profundo revela, todavia, na maioria das vezes, uma causa orgânica reconhecível e, com freqüência, vem acompanhado de distúrbios físicos e neurológicos como epilepsia, déficit visual e/ou auditivo e incapacidades motoras.

Em nosso meio, a privação psicossocial (ausência dos pais ou substitutos, desnutrição, falta de estímulos cognitivos e afetivos, violência domiciliar, etc.) representa, presumivelmente, um fator relevante para a deficiência mental leve.

O **quociente de inteligência (QI)** é uma medida convencional da capacidade intelectual do indivíduo, baseada na averiguação das distintas habilidades intelectuais (verbais, visuoespaciais, abstração, cálculo, etc.). Ele é obtido por meio de testes individuais padronizados, como o

Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (WAIS-R), o Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R), o Stanford-Binet Intelligence Scale, etc.

Pela aplicação dos testes em extensas amostras populacionais, obtiveram-se normas quantitativas do QI. A média populacional do QI é igual a 100. Na faixa de 85 a 115 (QI normal médio), encontram-se 68% da população. Um QI superior a 115 ou 120 é considerado uma inteligência superior, e um QI acima de 130 é considerado uma inteligência muito superior.

A avaliação da inteligência deve buscar identificar um padrão geral de rendimento intelectual, não se fixando apenas em, ou supervalorizando, áreas específicas da inteligência. A interpretação dos resultados de testes de QI deve ser feita com cautela e flexibilidade, sendo o teste considerado um guia, um indicativo, e não algo absoluto. O contexto cultural do indivíduo, os valores, as normas e os estilos cognitivos de seu grupo étnico e social devem ser seriamente considerados na interpretação dos resultados. É óbvio que uma criança indígena, camponesa ou criada em uma favela provavelmente terá estratégias cognitivas e formas de pensar em parte diferentes daquelas nas quais o teste foi padronizado e normatizado. Deve-se tomar cuidado na interpretação dos resultados principalmente quando houver discrepância entre as subescalas verbais e de desempenho. Entretanto, apesar de tais ressalvas, os testes de QI têm o seu lugar como instrumento diagnóstico auxiliar na clínica psiquiátrica. No Quadro 23.3 é apresentada uma avaliação simplificada da inteligência.

Inteligência limítrofe

Os indivíduos com um **QI entre 70 e 85** são considerados limítrofes ou intelectualmente *borderline*. Tais indivíduos não são considerados deficientes mentais, e muitos deles não revelam dificuldades especiais na vida, apenas as demonstram quando confrontados com exigências cognitivas mais complexas e sofisticadas. Muitos indivíduos limítrofes costumam apresentar dificuldades intelectuais no contexto escolar somente quando chegam ao Ensino Médio ou nos primeiros anos de universidade. Eles podem se beneficiar de adaptações do ambiente escolar (orientação escolar), de uma adequação das expectativas individuais e familiares às suas reais habilidades cognitivas e profissionais e, eventualmente, de apoio psicoterápico especificamente planejado para essa condição.

Muitos indivíduos limítrofes costumam apresentar dificuldades intelectuais no contexto escolar somente quando chegam ao Ensino Médio ou nos primeiros anos de universidade.

Retardo mental leve

Antigamente também denominado oligofrenia leve ou debilidade mental. Os indivíduos que apresentam esse grau de retardo revelam, nos testes de inteligência, um **QI na faixa de 50 a 69**. **A idade mental do adulto** corresponde à uma criança de cerca de **9 a 12 anos**. Uma etiologia orgânica é raramente identificada. Trata-se do grupo mais freqüente de pessoas com retardo mental, compreendendo cerca de **85%** de todos os indivíduos com algum grau de retardo.

Segundo a OMS (CID-10, 1993), indivíduos que apresentam grau leve de retardo mental caracterizam-se por:

1. Apesar de a aquisição da linguagem nos primeiros anos de vida poder ter sido demorada, são capazes de usar a fala adequadamente em situações do dia-a-dia.
2. Podem ser totalmente independentes em relação aos cuidados

Quadro 23.3
Semiotécnica da inteligência

Avaliação simplificada da inteligência

Verificar inicialmente se o paciente está com o nível de consciência preservado, se está orientado temporoespacialmente, qual o seu grau de concentração e motivação e seu estado de humor (essas variáveis influenciam muito na interpretação do desempenho intelectual).
Qual a escolaridade do paciente? Se repetiu na escola, quantos anos de repetência? Quais os motivos aparentes? (Fugia da escola, brigava muito, faltava, tinha medo da professora, não conseguia aprender, etc.)

Perguntar (ao paciente ou a um familiar) se ele sabe fazer contas, se sabe lidar com dinheiro (conferir o troco), se se veste sozinho, se é capaz de ir sozinho de ônibus ao centro da cidade, se vê televisão e entende o que acontece nas novelas ou nos filmes. Após essa triagem inicial, verificar a extensão do vocabulário do paciente: se sabe ler e escrever; se, em algum período de sua vida, leu gibis, revistas, livros ou jornais; se soube escrever seu nome, bilhetes e cartas.

Verificar informações e conhecimentos gerais: endereço e telefone atuais; nome e idade do cônjuge, dos pais e dos irmãos.

Perguntar qual a capital do Brasil e a do estado onde se encontra. Quem foram os três últimos presidentes do País?

Tentar, então, verificar a capacidade de **abstração**, **generalização** e **sofisticação** da inteligência, perguntando: Que aves (pássaros) você conhece? O que é uma fera? O que é um monstro? O que é um homem covarde? Qual a diferença entre fé e conhecimento? E entre ingenuidade e honestidade? De onde se obtém o açúcar? E o mel? E a gasolina? E o álcool? Quem é o maior, a Lua ou o Sol? A Terra ou a Lua?

Testes simplificados de inteligência

Teste de Wilson (Othmer; Othmer, 1994): Com base na capacidade de cálculo de multiplicação, este teste simplesmente solicita ao paciente que faça mentalmente multiplicações por 2, de forma progressiva: 2 x 3; 2 x 6; 2 x 12; 2 x 24; e assim por diante.

Teste de Kent (Othmer; Othmer, 1994)

Conhecimentos:

De que são feitas as casas? (Resposta: 1 ponto para cada material, até 4 pontos) 4
Diga-me o nome de algum peixe. (Resposta: 1 ponto para cada peixe, até 4 pontos) 4
Diga-me o nome de algumas cidades grandes. (Resposta: 1 ponto, cidades pequenas não valem) 4
O que se pode fazer com a areia? (Resposta: brincar = 1 ponto; usar na construção = 2 pontos; fabricar o vidro = 4 pontos) 4
Que metal é atraído pelo ímã? (Resposta: aço = 2 pontos; ferro = 4 pontos) 4
Quais as cores da bandeira brasileira? (Resposta: verde e amarelo = 1 ponto; verde, amarelo, azul e branco = 2 pontos) 2

Resolução de problemas:

Se uma bandeira bate ou ondeia em direção ao sul, de que direção vem o vento? (R: norte) 3
A que horas do dia a sombra de uma pessoa, estando sob o sol, é menor? (R: ao meio-dia) 3
Por que a Lua parece ser maior que as estrelas? (R: porque ela está mais baixa = 2 pontos; porque ela está mais perto da Terra = 3 pontos; porque objetos mais próximos parecem maiores = 4) 4
Se a sua sombra aponta para o nordeste, onde, então, está o Sol? (R: no sudoeste = 4 pontos) 4

Soma total = 36

(*Continua*)

(*Continuação*)

Nível intelectual	QI aproximado	Escore no teste de Kent	Escore no teste de Wilson
Deficiente	< 70	0 a 18	2 x 12
Borderline	70 a 80	19 a 20	2 x 24
Normal inferior	80 a 90	21 a 23	2 x 48
Médio	90 a 110	24 a 31	2 x 96
Normal superior	110 a 120	32 a 33	2 x 192
Inteligência superior	> 120	34 a 36	2 x 384

próprios (comer, vestir-se, lavar-se, controle de esfincteres, etc.).

3. As habilidades práticas e domésticas podem ser normais.
4. São potencialmente capazes de realizar atividades que requeiram mais habilidades práticas que intelectuais, como trabalhos manuais não-especializados ou semi-especializados.
5. Podem ter problemas específicos de leitura e de escrita.
6. Têm dificuldades em lidar com conceitos abstratos complexos, raciocínio lógico, problemas matemáticos, etc.
7. No caso de se casarem e terem filhos, pode haver imaturidade emocional e sérias dificuldades para lidar com os diversos desafios e exigências do casamento e da paternidade/maternidade.

O indivíduo com retardo mental leve, criança ou adulto, apresenta um perfil de transtornos mentais bastante semelhante ao do sujeito intelectualmente normal, não elaborando, porém, com sofisticação, o conteúdo dos sintomas. Crianças com retardo mental leve com freqüência revelam transtornos emocionais (depressivos, ansiosos, às vezes com agressividade), sobretudo quando percebem que são diferentes e são rejeitadas pelos colegas. Podem apresentar também transtornos da conduta e hiperatividade (Goodman; Scott, 2004).

O indivíduo com retardo mental leve, criança ou adulto, apresenta um perfil de transtornos mentais bastante semelhante ao do sujeito intelectualmente normal, não elaborando, porém, com sofisticação, o conteúdo dos sintomas.

Retardo mental moderado

Sinônimos antigos de retardo mental moderado são: oligofrenia moderada ou imbecilidade. Os deficientes mentais moderados revelam, nos testes de inteligência, um **QI na faixa de 35 a 49**. **A idade mental do adulto** corresponde mais ou menos a uma criança de **6 a 9 anos**. Esses indivíduos apresentam desenvolvimento neuropsicomotor, particularmente da linguagem e da compreensão, lentificado e incompleto. Constituem cerca de **10%** do total da

população com retardo mental e apresentam as seguintes características:

1. A aquisição escolar é bastante limitada; apenas alguns indivíduos com esse grau de retardo aprendem elementos de leitura, escrita e cálculos. Dificilmente vão além do primeiro ou segundo ano escolar. Entretanto, falta o uso socialmente útil dessas habilidades, tratando-se mais de uma aquisição mecânica que plenamente intelectiva.
2. São capazes de realizar tarefas práticas simples, se forem adequadamente estruturadas e houver supervisão técnica apropriada.
3. Uma vida completamente independente na idade adulta poucas vezes é alcançada.
4. Muitos desses indivíduos, apesar de visivelmente deficientes e desajeitados no contato interpessoal, gostam da interação social e podem estabelecer uma conversa simples.
5. Etiologia orgânica pode ser identificada em muitos dos indivíduos com retardo mental moderado.
6. Epilepsia e incapacidades neurológicas e físicas são comuns.

Retardo mental grave

Esse grau de retardo mental era denominado no passado imbecilidade (como no caso do retardo moderado). Os pacientes têm um **QI de 20 a 34**, possuindo idade mental correspondente a uma criança de **3 a 6 anos**. Tais indivíduos tiveram, durante a infância, um desenvolvimento motor e neuropsicológico bastante prejudicado e retardado. Não é rara a ausência completa ou quase total da capacidade comunicativa; muitas vezes não falam ou apenas aprendem algumas palavras. Podem aprender algumas tarefas básicas relacionadas aos cuidados pessoais e à higiene, mas necessitam, na vida adulta, de apoio e de supervisão constante. Não conseguem freqüentar escola e comumente apresentam epilepsia, problemas neurológicos e físicos. A maioria, entretanto, ainda é capaz de andar sem auxílio. Esse grupo inclui cerca de **3 a 4%** dos indivíduos com retardo mental.

> No retardo mental grave não é rara a ausência completa ou quase total da capacidade comunicativa; muitas vezes não falam ou apenas aprendem algumas palavras.

No retardo mental grave, são freqüentes os quadros autísticos, quando se observam sintomas característicos do autismo, mas não de forma completa. Nesses casos, também são comuns a hiperatividade grave e a auto-agressão, como bater a cabeça, morder as mãos ou cutucar os olhos (Goodman; Scott, 2004).

Retardo mental profundo

O termo utilizado no passado para denominar o retardo mental profundo era “idiotia”. O QI dos indivíduos fica **abaixo de 20**. São pessoas gravemente limitadas em sua capacidade de entender (mesmo comandos simples) ou de agir de acordo com solicitações ou instruções. Muitos dos indivíduos com retardo mental profundo ficam restritos ao leito (por distúrbio motor grave), sem capacidade para a fala e sem controle voluntário dos esfincteres. Déficits visuais e auditivos graves também são freqüentes, assim como epilepsia e outras doenças físicas. Para sobreviver, requerem constante supervisão e cuidados básicos. Na maioria dos casos, podem-se identificar lesões cerebrais e a presença de

etiologia orgânica. Esse grupo compreende cerca de **1 a 2%** dos indivíduos com retardo mental.

Há algumas síndromes genéticas, neurológicas e neuropsiquiátricas que associam retardo mental (geralmente moderado a grave) a certos padrões de comportamento. Na **síndrome de Lesch-Nyhan**, é comum se observar comportamento autoagressivo grave. Já na **síndrome do X frágil**, ocorre ansiedade social, evitação do contato visual e alteração da fala. Por sua vez, na **síndrome de Prader-Willi**, observa-se a ingestão insaciável de alimentos (Goodman; Scott, 2004).

Questões de revisão

- O que é inteligência? Quais são as principais habilidades incluídas no constructo inteligência?
- Segundo Jean Piaget, quais as quatro fases do desenvolvimento da inteligência? Caracterize-as.
- Estabeleça a diferença entre inteligência geral e inteligências múltiplas.
- Defina retardo mental. O que é QI? Descreva sua utilidade e os cuidados em sua interpretação.
- Descreva os vários graus de retardo mental.
- Descreva como avaliar de forma simplificada e aproximativa a inteligência de uma pessoa.

parte 3

AS GRANDES SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS

24

Do sintoma à síndrome

TRANSFUNDO DAS VIVÊNCIAS PSICOPATOLÓGICAS E SINTOMAS EMERGENTES

Desenvolvendo o modelo sugerido por autores como Jaspers, Schneider e Weitbrecht, propõe-se aqui situar as vivências psicopatológicas em duas perspectivas fundamentais: têm-se, de um lado, os **transfundos das vivências psicopatológicas**, espécie de palco, de contexto mais geral, em que emergem os sintomas. De outro, reconhecem-se os sintomas específicos vivenciados, denominados **sintomas emergentes**. Eles são, portanto, vivências pontuais, que ocorrem sempre sobre determinado transfundo. Esse transfundo, por sua vez, influencia basicamente o sentido, a direção, a qualidade específica do sintoma emergente. Há uma relação dialética entre o sintoma emergente e o transfundo, entre a figura e o fundo, a parte e o todo, o pontual e o contextual.

Têm-se, de um lado, os transfundos das vivências psicopatológicas, espécie de palco, de contexto mais geral, em que emergem os sintomas. De outro, reconhecem-se os sintomas específicos vivenciados, denominados sintomas emergentes.

Nesse modelo, discriminam-se dois tipos básicos de tranfundos: os estáveis e duradouros e os mutáveis e momentâneos:

1. Os **tranfundos estáveis**, pouco mutáveis, são a personalidade e a inteligência. Qualquer vivência ganha conotação diferente a partir da **personalidade** específica do indivíduo. Pacientes passivos, dependentes, astênicos e "largados" tendem a vivenciar os sintomas de modo também passivo; já indivíduos explosivos, hipersensíveis e muito reativos a diferentes estímulos tendem a responder aos sintomas de forma mais viva e ampla, e assim por diante. A **inteligência** determina essencialmente os contornos, a diferenciação, a profundidade e a riqueza de todos os sintomas. Pacientes muito inteligentes produzem, por exemplo, delírios ricos e complexos, interpretam constantemente as suas vivências e desenvolvem as dimensões conceituais das vivências de forma mais acabada. Sujeitos com inteligência reduzida criam quadros psicopatológicos indiscriminados, sem detalhes, superficiais e pueris.

2. Os **transfundos mutáveis e momentâneos** também atuam decisivamente na determinação da qualidade e no sentido do conjunto das vivências psicopatológicas. O **nível de consciência** estabelece a clareza e a precisão dos sintomas. Sob o estado de turvação, uma alucinação auditiva ou visual, uma recordação, um sentimento específico são experimentados em uma atmosfera mais onírica e confusa. O **humor** e o estado afetivo-volitivo momentâneo influem decisivamente não apenas no desencadeamento de sintomas (os chamados sintomas catatímicos), mas também no colorido específico de sintomas não diretamente deriváveis do estado afetivo. Uma idéia prevalente, em um contexto ansioso intenso, pode ganhar dimensões muito próprias. Em um estado depressivo, qualquer dificuldade cognitiva passa a ter uma importância enorme para o paciente.

Sintomas emergentes são todas aquelas vivências psicopatológicas mais destacadas, individualizáveis, que o paciente experimenta. Incluem as esferas que não fazem parte dos transfundos, como uma alucinação (sensopercepção), um sentimento (afetividade), um delírio (juízo), uma paramnésia (memória), uma alteração do pensamento ou da linguagem, etc.

COMPONENTES DO SURGIMENTO, DA CONSTITUIÇÃO E DA MANIFESTAÇÃO DOS SINTOMAS E DOS TRANSTORNOS

Cabe mencionar as distintas relações entre história de vida, eventos vitais, projeto existencial, fatores predisponentes e precipitantes e o surgimento dos transtornos mentais. Assim, é preciso notar como se articula ao longo da vida o conjunto de fatos biológicos, psicológicos e sociais para a ocorrência ou não de sintomas ou transtornos mentais.

Desde a obra de Adolf Meyer (1866-1950), considera-se em psicopatologia que, ao lado dos fatores genéticos, gestacionais e perinatais, que precedem o início propriamente dito da vida de relações de um sujeito e carregam consigo a **vulnerabilidade constitucional** (hereditariedade, constituição) para os distintos transtornos, os **fatores predisponentes** (*predisposing events*) são aqueles que ocorrem no início da vida (nos primeiros 3 a 5 anos de vida, sobretudo, e no período escolar). Esses fatores, associados à vulnerabilidade constitucional, sensibilizam o indivíduo para as diversas situações que a vida lhe colocará. Tais fatores predisponentes tornam as pessoas mais ou menos vulneráveis para os **fatores precipitantes** (*precipitating* ou *life-events*), eventos que ocorrem em proximidade temporal ao surgimento propriamente do transtorno mental (Rahe, 1990). Assim, fatores predisponentes podem incluir eventos ocorridos nos primeiros anos de vida, como a morte de um dos pais, abuso sexual, violência ou negligência física ou psíquica, etc. Fatores precipitantes, por sua vez, são geralmente eventos inespecíficos, como separações conjugais, morte de pessoa próxima, desemprego, promoção no trabalho, casamento, perda ou ganho financeiro,

Os fatores predisponentes tornam as pessoas mais ou menos vulneráveis para os fatores precipitantes (*precipitating* ou *life-events*), eventos que ocorrem em proximidade temporal ao surgimento propriamente do transtorno mental.

traição de parceiro(a), brigas com amigos ou familiares, etc.

Os fatores precipitantes, associados à vulnerabilidade constitucional e a fatores predisponentes, ocorrem em um sujeito com uma **história de vida** específica (*Lebensgeschichte*). Tal história é absolutamente única, só ocorre uma vez, em um contexto socioeconômico, político e cultural dado, em determinado período histórico. A história de vida de um sujeito relaciona-se a um **projeto de vida** (*Lebensentwurf*), como descrito por Janzarik (1996), com toda a densidade existencial e a complexidade que as noções de sujeito, projeto existencial e história de vida implicam.

Manifestação dos transtornos mentais: patogenia, patoplastia e psicoplastia

Desde o século XIX, os clínicos têm percebido que nem todos os aspectos da manifestação de uma doença derivam diretamente do processo patológico de base (em geral relacionados à predisposição constitucional e a fatores predisponentes). Nessa linha, o psicopatólogo alemão Karl Birnbaum (1878-1950) (1980) propôs que se discriminem três fatores envolvidos na **manifestação** das doenças mentais:

1. O **fator patogenético** (patogênese) propriamente dito está mais relacionado à manifestação dos sintomas diretamente produzidos pelo transtorno mental de base; assim, há o humor triste, o desânimo e a inapetência relacionados à depressão, ou as alucinações auditivas e a percepção delirante relacionadas à esquizofrenia.
2. O **fator patoplástico** (patoplastia) inclui as manifestações relacionadas à personalidade pré-mórbida do doente, à história de vida específica do sujeito que adoece e aos padrões de comportamento relacionados à cultura de origem do paciente, que lhe eram particulares desde antes de adoecer. São **fatores externos e prévios ao processo patológico** de base, mas, nem por isso, menos importantes, pois intervêm de forma marcante na constituição dos sintomas e na exteriorização do quadro clínico.
3. O **fator psicoplástico** (psicoplastia) relaciona-se aos eventos e às reações do indivíduo e do meio psicossocial posteriores ao adoecer. São as reações aos conflitos familiares, à desmoralização, às perdas sociais e ocupacionais associadas aos episódios e ao curso da doença. Essas reações do meio, o padrão de interação do indivíduo adoentado e seu meio sociofamiliar contribuem para determinar o quadro clínico resultante.

Pode-se, assim, exemplificar estes três fatores: um homem de 50 anos é acometido de um episódio depressivo grave (fator patogenético), ele sempre teve uma personalidade histriônica e é filho de italianos napolitanos (fatores patoplásticos). Após alguns meses, estando ele muito descuidado com suas tarefas profissionais, acaba por perder o emprego (fator psicoplástico). A manifestação dramática e demonstrativa dos sintomas depressivos fica por conta dos fatores patoplásticos; o humor triste, a perda do apetite e a anedonia podem ser atribuídos aos fatores patogenéticos; e, finalmente, as sensações de fracasso, de inutilidade e de desmoralização diante da vida são devidas aos fatores psicoplásticos.

A EVOLUÇÃO TEMPORAL DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Conceito de processo, desenvolvimento, surto, fase, reação, crise e episódio

Os cursos crônicos dos transtornos mentais podem ser de dois tipos: processo e desenvolvimento.

Segundo a concepção psicopatológica, com base na patologia geral e na escola jasperiana (Quadro 24.1), **os cursos crônicos** dos transtornos mentais podem ser de dois tipos: processo e desenvolvimento.

Processo refere-se a uma transformação lenta e insidiosa da personalidade, decorrente de alterações psicologicamente incompreensíveis, de natureza endógena. O processo irreversível, supostamente de natureza corporal (neurobiológica), rompe a continuidade do sentido normal do desenvolvimento biográfico de uma pessoa. Utiliza-se o termo processo, por exemplo, para caracterizar a natureza de uma esquizofrenia de evolução insidiosa, que lenta e radicalmente transforma a personalidade do sujeito acometido.

Desenvolvimento refere-se à evolução psicologicamente compreensível de uma personalidade. Essa evolução pode ser normal, configurando os distintos traços de caráter do indivíduo, ou anormal, determinando os transtornos da personalidade e as neuroses. Nesse caso, há uma conexão de sentido, uma trajetória compreensível ao longo da vida do sujeito. Fala-se, então, em "desenvolvimento paranóide", "desenvolvimento histriônico", "desenvolvimento hipocondríaco", etc.

Os fenômenos agudos ou subagudos classificam-se em crises ou ataques, episódios, reações vivenciais, fases e surtos.

Os **fenômenos agudos ou subagudos** classificam-se em crises ou ataques, episódios, reações vivenciais, fases e surtos.

A **crise, ou ataque**, caracteriza-se, em geral, por surgimento e término abruptos, durando segundos ou minutos, raramente horas. Utilizam-se os termos crise ou ataque para fenômenos como: crises epilépticas, crises ou ataques de pânico, crises histéricas, crises de agitação psicomotora, etc.

O **episódio** tem geralmente a duração de dias até semanas. Tanto o termo crise como o termo episódio nada especificam sobre a natureza do fenômeno mórbido. Os termos episódio e crise são denomina-

Quadro 24.1

Tipos de evolução dos quadros psiquiátricos, segundo as visões de Jaspers e Schneider

	Psicologicamente compreensível (conexão de sentido)	Não-compreensível psicologicamente (ruptura na linha vital)
Crônico	Desenvolvimento	Processo
Agudo	Reação vivencial	Fase (não deixa seqüela) Surto (deixa seqüela)

ções referentes apenas ao aspecto temporal do fenômeno. Na prática, é comum utilizar-se o termo episódio de forma inespecífica, quando não há condições de precisar a natureza do fenômeno mórbido. Assim, pode-se falar em episódio maniatimorfo, episódio paranóide, episódio depressivo, etc.

A **reação vivencial anormal** caracteriza-se por ser um fenômeno psicologicamente compreensível, desencadeado por eventos vitais significativos para o indivíduo que os experimenta. É designada reação anormal pela intensidade muito marcante e duração prolongada dos sintomas. Ocorre geralmente em personalidades vulneráveis, predispostas a reagir de forma anormal a certas ocorrências da vida. Após a morte de uma pessoa próxima, da perda do emprego ou do divórcio, o indivíduo reage, por exemplo, apresentando um conjunto de sintomas depressivos ou ansiosos, sintomas fóbicos ou mesmo paranóides. A reação vivencial pode durar semanas ou meses, eventualmente alguns anos. Passada a reação vivencial, o indivíduo retorna ao que era antes, sua personalidade não sofre ruptura; pode empobrecer-se ou enriquecer-se, mas não se modifica radicalmente.

Já a **fase** refere-se particularmente aos períodos de depressão e de mania dos transtornos afetivos. Passada a fase, o indivíduo retorna ao que era antes dela, sem alterações duradouras na personalidade, ou seja, não há seqüelas na personalidade. A fase é, em sua gênese, incompreensível psicologicamente, tendo um caráter endógeno. Uma fase pode durar semanas ou meses, menos freqüentemente, anos, havendo sempre (ou quase sempre) *restitutio ad integrum*. Fala-se, então, em fase depressiva, fase maníaca e período interfásico assintomático.

O **surto**, segundo a noção da patologia geral (mas assumida pela psicopatologia), é uma ocorrência aguda, que se instala de forma repentina, fazendo eclodir uma doença de base endógena, não compreensível psicologicamente. O característico do surto é que ele produz seqüelas irreversíveis, danos à personalidade e/ou à esfera cognitiva do indivíduo. Assim como, após o primeiro surto de esclerose múltipla, o paciente "sai" com alguma seqüela sensitiva ou motora, após o primeiro surto de esquizofrenia (com alucinações, delírios, percepção delirante, etc.), que pode durar de 3 a 4 meses, por exemplo, o indivíduo "sai diferente", seu contato com os amigos torna-se mais distanciado, o afeto modula menos, e ele tem dificuldades na vida social, as quais não consegue explicar ou entender. É o "déficit pós-esquizofrênico", devido àquilo que Bleuler afirmava: "A esquizofrenia, de modo geral, não permite *restitutio ad integrum*". Tem-se, portanto, como possibilidades, um surto esquizofrênico agudo, um surto hebefrênico, um surto catatônico, etc.

O característico do surto é que ele produz seqüelas irreversíveis, danos à personalidade e/ou à esfera cognitiva do indivíduo.

Após vários anos de doença, nos quais vários surtos foram se sucedendo (ou um processo insidioso foi se implantando de forma lenta), em geral o paciente encontra-se no chamado **estado residual** da doença, apresentando apenas sinais e sintomas que são seqüelas desta, sintomas predominantemente negativos.

Após vários anos de doença, nos quais vários surtos foram se sucedendo (ou um processo insidioso foi se implantando de forma lenta), em geral o paciente encontra-se no chamado estado residual.

Dessa forma, é incorreto falar em surto maníaco, fase esquizofrênica, crise ma-

níaca; tal uso revela o desconhecimento da terminologia e dos conceitos psicopatológicos básicos.

A **personalidade pré-mórbida** e os **sinais pré-mórbidos** são aqueles elementos identificados em períodos da vida do paciente claramente anteriores ao surgimento da doença propriamente dita, em geral na infância. Já pertencendo ao início do transtorno, fala-se em **sinais** e **sintomas prodrômicos**, que representam de fato a fase precoce, inicial do adoecimento.

A literatura psiquiátrica, principalmente a de língua inglesa, utiliza os seguintes termos em relação ao curso dos episódios de transtornos mentais:

1. **Remissão (*remission*)**. É o retorno ao estado normal tão logo acaba o episódio agudo. Fala-se em remissão espontânea quando o paciente se recupera sem o auxílio de intervenção terapêutica.
2. **Recuperação (*recovery*)**. É o retorno e a manutenção do estado normal, já tendo passado um bom período de tempo (geralmente se considera um ano) sem que o paciente apresente recaída do quadro.
3. **Recaída ou recidiva (*relapse*)**. É o retorno dos sintomas logo após haver ocorrido uma melhora parcial do quadro clínico ou quando o estado assintomático é ainda recente (não tendo passado um ano do episódio agudo).
4. **Recorrência (*recurrence*)**. É o surgimento de um novo episódio, tendo o indivíduo estado assintomático por um bom período (pelo menos por cerca de um ano). Pode-se dizer que a recorrência é um novo episódio da doença.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO SINTOMA EM RELAÇÃO À SUA ORIGEM NEUROBIOLÓGICA OU SOCIOCULTURAL

A seguir, é apresentado um esquema que visa uma melhor contextualização do sintoma psicopatológico em relação a possíveis mecanismos cerebrais, biológicos ou mecanismos psicológicos e socioculturais (Quadro 24.2). Dessa forma, certos sintomas são tidos como intimamente dependentes de alterações neuronais, como os sintomas neurológicos primários (paralisias, anestesias, perdas sensoriais, etc.), ou os sintomas neuropsicológicos (afasias, agnosias, apraxias, amnésias, etc.). Em um outro extremo, há sintomas praticamente “independentes” de determinações e fatores neurobiológicos e, pelo contrário, intimamente associados a processos e mecanismos psicológicos, subjetivos e simbólicos (mediados pela cultura). Tal esquema visa auxiliar o estudante em relação à contextualização e à origem dos variados fenômenos observados a psicopatologia.

Quadro 24.2

A posição do fenômeno psicopatológico em relação à dimensão biológico-cerebral e à dimensão psicológico-subjetiva e cultural

Plano sintomático (tipos, qualidades específicas de sintomas)	Área envolvida	Relação de dependência com o cerebral e o cultural
Primeiro nível (neurológico) Sintomas, sinais e síndromes sensitivo-motoras da neurologia clássica Sinal de Babinsky na síndrome piramidal, cegueira cortical por lesão da área visual primária, etc.	Áreas sensitivo-motoras primárias e secundárias Cérebro/mente ++++/–	**Relação muito íntima com o plano biológico** Tende a ser universal, pouca plasticidade, independente da biografia e da cultura
Segundo nível (neuropsicológico) Sintomas, sinais e síndromes neuropsicológicas clássicas Afasias, agnosias, apraxias, sintomas deficitários no *delirium*/demências (Alguns sintomas esquizofrênicos negativos? Estado alucinatório?)	Áreas secundárias e terciárias frontais, temporoparieto-occipitais e límbicas Cérebro/mente +++/+	**Relação íntima com o plano cerebral, mas já recebe influência do plano cultural** O sintoma é produzido pela "lesão orgânica"; porém, é influenciado pela biografia e pela cultura
Terceiro nível (psicopatológico primário) Sintomas psicóticos primários Alguns sintomas negativos e parte dos sintomas positivos da esquizofrenia Alucinações audioverbais, "necessidade do delírio" na esquizofrenia, Humor de base depressiva ou maníaca no transtorno afetivo bipolar (TAB)	Áreas terciárias Cérebro/mente ++/++	**Relação eqüidistante entre o biológico e o cultural** Sintomas são produzidos pela interação entre as alterações cerebrais patológicas e a biografia e a cultura
Quarto nível (psicopatológico secundário) Sintomas psicóticos secundários, sintomas neuróticos, personalidade Sistema delirante na esquizofrenia, delírios catatímicos do TAB, sintomas histéricos, fobias, obsessões, formas da ansiedade e da depressão	Cérebro/mente +/+++	**Relação íntima com o biográfico e cultural e relativamente distante do cerebral** Sintomas são construídos, tendo por base a cultura e a biografia do sujeito Muita plasticidade e especificidade cultural do sintoma

Questões de revisão

- O que você entende por transfundo das vivências psicopatológicas?
- Quais são os tipos básicos de transfundos?
- Quais são os fatores envolvidos na manifestação das doenças mentais?
- Descreva o que é patogênese, patoplastia e psicoplastia.
- Defina e descreva as diferenças entre crise/ataque, episódio, fase, surto e estado residual.
- Comente a respeito dos planos sintomáticos (neurológico, neuropsicológico, psicopatológico primário e secundário) dos sintomas psicopatológicos.

25

As grandes síndromes psiquiátricas

Embora haja atualmente dois sistemas de classificação (DSM-IV e CID-10) que definem e descrevem os transtornos mentais específicos de forma clara, considera-se útil clinicamente a abordagem inicial dos quadros mentais por meio da perspectiva sindrômica.

As síndromes são conjuntos de sinais e sintomas que se agrupam de forma recorrente e são observadas na prática clínica diária.

As síndromes são conjuntos de sinais e sintomas que se agrupam de forma recorrente e são observadas na prática clínica diária. São agrupamentos estáveis de sintomas, *conjuntos sígnicos* (Saurí, 2001), que podem ser produzidos por várias causas (Berrios, 1996). Identificar síndromes é o primeiro passo no sentido de ordenar a observação psicopatológica dos sinais e dos sintomas dos pacientes. O diagnóstico sindrômico é um ato clínico modesto, mas estrategicamente importante no raciocínio clínico. Trata-se de uma *indicação preciosa para o diagnóstico* (Van Den Berg, 1970). Assim, o raciocínio clínico vai evoluindo gradativamente ao longo das primeiras avaliações para o conhecimento mais aprofundado sobre o paciente e o seu sofrimento mental.

Na psicopatologia clássica, a chamada "teoria das síndromes" foi defendida por autores como Johannes Lange (1891-1938), Adolf Meyer (1866-1950) e Bartolomé Llopis Lloret (1905-1966), entre outros. Nessa teoria, postula-se que, no complexo sintomático geral denominado "síndrome", há sintomas nucleares (como a alteração de nível de consciência no *delirium* ou a mudança do humor e do ritmo psíquico nos transtornos afetivos) e sintomas periféricos (que se articulam em torno e hierarquicamente de forma secundária aos sintomas nucleares).

Seguramente é desejável, sempre que possível, após a precisa caracterização dos sinais e dos sintomas e seu ordenamento em síndromes clínicas, o passo seguinte, ou seja, a formulação de hipóteses diagnósticas relativas aos transtornos mentais específicos (etiologia determinada, fisiopatologia ou psicopatologia específicas, curso relativamente homogêneo, etc.), segundo os sistemas internacionais de diagnóstico e classificação (Mezzich, 1989). Em algumas situações clínicas, por dispor-se de pouca informação sobre o paciente, pela dificuldade intrínseca do caso ou pela insuficiência de conhecimento científico, o profissional tem de se contentar apenas com o diagnóstico sindrômico (Eisenberg, 1993).

No sentido de fornecer uma idéia da prevalência com que os principais quadros psiquiátricos ocorrem na população brasileira, são apresentados, na Tabela 25.1, dados referentes à distribuição epidemiológica de transtornos mentais (diagnosticados segundo o DSM-III) em três capitais brasileiras. A tabela foi retirada (com pequenas modificações) da pesquisa de Almeida Filho e colaboradores (1997). Nessa investigação, utilizaram-se os parâmetros de **prevalência durante a vida (PV)**, que é a ocorrência de síndromes psiquiátricas em qualquer momento da vida dos entrevistados, e de **necessidade potencial de tratamento (NPT)**, que é a detecção de casos que ocorreram nos últimos 12 meses e que necessitam de assistência profissional, pelo sofrimento ou pela limitação que o transtorno mental produziu.

Cabe notar que, segundo esse levantamento epidemiológico, cerca de 31 a 50% da população brasileira apresenta, durante a vida, pelo menos um episódio de algum transtorno mental; e cerca de 20 a 40% da população necessita, por conta desses transtornos, de algum tipo de ajuda profissional. São dados realmente impressionantes, que indicam a grande importância social dos transtornos mentais, a necessidade de reconhecimento e de assistência adequada.

Alguns dos estudos epidemiológicos internacionais mais recentes têm revelado igualmente altas taxas de transtornos mentais na população (entre 30 e 50%). Nos Estados Unidos, em um estudo com 9.282 pessoas adultas, representativas da população geral daquele país, Kessler e colaboradores (2005) identificaram que 26% haviam apresentado algum transtorno mental no último ano, e 46%, ao longo da vida. Também estimaram prospectivamente que 51% terão apresentado, ao chegar aos 75

Tabela 25.1

Transtornos psiquiátricos em três capitais brasileiras (Almeida Filho et al., 1997)

	Faixa de prevalência durante a vida (%)	Brasília		São Paulo		Porto Alegre	
		PV(%)	NPT(%)	PV(%)	NPT(%)	PV(%)	NPT(%)
Transtorno de ansiedade	9 a 18	17,6	12,1	10,6	6,9	9,6	5,4
Fobias	7 a 17	16,7	11,6	7,6	5,0	14,1	7,1
Dependência ou abuso de álcool	7 a 9	8,0	4,7	7,6	4,3	9,2	8,7
Transtornos depressivos	2 a 10	2,8	1,5	1,9	1,3	10,2	6,7
Transtorno de somatização e dissociativos	2 a 8	8,1	5,8	2,8	1,9	4,8	2,8
Transtorno de aprendizado	2 a 3	3,0	1,9	2,6	1,6	3,4	1,8
Transtornos psicóticos	0 a 2	0,3	0,2	0,9	0,6	2,4	2,0
Transtorno obsessivo-compulsivo	0 a 2	0,7	0,5	–	–	2,1	1,2
Transtorno de ajustamento	0 a 2	2,0	1,3	0,6	0,4	1,6	1,0
Mania e ciclotimia	0 a 1	0,4	0,3	0,3	0,2	1,1	1,0
Todos os casos	31 a 50	50,5	34,1	31,0	19,0	42,5	33,7

anos, algum transtorno mental. Dos 26% com transtornos mentais no último ano, 60% relataram transtornos classificados como graves ou moderados. Na Europa, um amplo estudo multicêntrico (Lépine et al., 2005), envolvendo França (n = 2.894), Alemanha (n = 3.555), Bélgica (n = 2.419), Espanha (n = 5.473), Itália (n = 4.712) e Países Baixos (n = 2.372), pesquisou a prevalência na vida e no último ano de transtornos depressivos, ansiosos e relacionados ao álcool. Foi identificada a prevalência de pelo menos um desses transtornos, no ano, de 10% e, na vida, de 25%.

Questões de revisão

- Defina síndrome e descreva sua utilidade em psicopatologia.
- Quais são os cinco transtornos mentais mais freqüentes na população brasileira?

26

Síndromes ansiosas

As síndromes ansiosas são ordenadas inicialmente em dois grandes grupos: quadros em que a ansiedade é constante e permanente (ansiedade generalizada, livre e flutuante) e quadros em que há crises de ansiedade abruptas e mais ou menos intensas. São as chamadas crises de pânico, que podem configurar, se ocorrerem de modo repetitivo, o transtorno de pânico (Hollander; Simeon, 2004).

ANSIEDADE GENERALIZADA

O quadro de ansiedade generalizada caracteriza-se pela presença de sintomas ansiosos excessivos, na maior parte dos dias, por pelo menos seis meses.

O quadro de ansiedade generalizada caracteriza-se pela presença de sintomas ansiosos excessivos, na maior parte dos dias, por pelo menos seis meses. A pessoa vive angustiada, tensa, preocupada, nervosa ou irritada. Nesses quadros, são freqüentes sintomas como insônia, dificuldade em relaxar, angústia constante, irritabilidade aumentada e dificuldade em concentrar-se. São também comuns sintomas físicos como cefaléia, dores musculares, dores ou queimação no estômago, taquicardia, tontura, formigamento e sudorese fria. Algumas termos populares para esses estados são: “gastura”, “repuxamento dos nervos” e “cabeça ruim” (ver Glossário). Para se fazer o diagnóstico de uma síndrome ansiosa, também é necessário verificar se os sintomas ansiosos causam sofrimento clinicamente significativo e prejudicam a vida social e ocupacional do indivíduo.

CRISES DE ANSIEDADE, CRISES DE PÂNICO, SÍNDROME E TRANSTORNO DE PÂNICO

Em muitos pacientes, a ansiedade se manifesta sob a forma de crises intermitentes, com a eclosão de vários sintomas ansiosos, em número e intensidade significativos (Nardi; Valença, 2005). Associados às crises agudas e intensas de ansiedade, pode ou não haver sintomas constantes de ansiedade generalizada.

As crises de pânico são crises intensas de ansiedade, nas quais ocorre importante descarga do sistema nervoso autônomo.

As **crises de pânico** são crises intensas de ansiedade, nas quais ocorre importante descarga do sistema nervoso autônomo. Assim, ocorrem sintomas como: batedeira ou taquicardia, suor frio, tremores, desconforto respiratório ou sensação de asfixia, náuseas, formigamentos em membros e/ou lábios. Nas crises intensas, os pacientes podem experimentar diversos graus da chamada despersonalização. Essa se revela como sensação de a cabeça ficar leve, de o corpo ficar estranho, sensação de perda do controle, estranhar-se a si mesmo. Pode ocorrer também a desrealização (sensação de que o ambiente, antes familiar, parece estranho, diferente, não-familiar). Além disso, ocorre com freqüência nas crises de pânico um considerável medo de ter um ataque do coração, um infarto, de morrer e/ou enlouquecer. As crises são de início abrupto (chegam ao pico em 5 a 10 minutos) e de curta duração (duram geralmente não mais que uma hora). São muitas vezes desencadeadas por determinadas condições, como: aglomerados humanos, ficar "preso" (ou com dificuldade para sair) em congestionamentos no trânsito, supermercados com muita gente, *shopping centers*, situações de ameaça, etc. (Costa Pereira, 1997).

Denomina-se o quadro de transtorno de pânico caso as crises sejam recorrentes, com desenvolvimento de medo de ter novas crises, preocupações sobre possíveis implicações da crise (perder o controle, ter um ataque cardíaco ou enlouquecer) e sofrimento subjetivo significativo.

Denomina-se o quadro de **transtorno de pânico** caso as crises sejam recorrentes, com desenvolvimento de medo de ter novas crises, preocupações sobre possíveis implicações da crise (perder o controle, ter um ataque cardíaco ou enlouquecer) e sofrimento subjetivo significativo. A síndrome do pânico pode ou não ser acompanhada de agorafobia, ou seja, fobia de lugares amplos e aglomerações (Nardi; Valença, 2005).

SÍNDROME MISTA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Quando sintomas depressivos e ansiosos estão presentes, mas nenhuma das duas síndromes (depressiva ou ansiosa) é grave o suficiente para, por si só, constituir um diagnóstico, denomina-se o quadro de síndrome mista de depressão e ansiedade.

O quadro de **ansiedade de origem orgânica** é constituído por uma síndrome ansiosa (em crises ou generalizada) que é claramente resultante de uma doença, uso de fármacos ou outra condição orgânica. Nesses casos, a síndrome ansiosa segue-se à instalação de uma doença orgânica (p. ex., hipertireoidismo, lúpus eritematoso sistêmico, etc.) ou condição orgânica (uso de medicamentos como corticóides; medicamentos para o tratamento da hepatite C, como o interferon; ou ainda de substâncias tóxicas, como o chumbo ou o mercúrio). As síndromes ansiosas também são comuns nos quadros psicopatológicos associados ao período pré-menstrual. Na ansiedade de base orgânica, é particularmente freqüente a presença da **irritabilidade** e da **labilidade** do humor.

Quadro 26.1
Critérios diagnósticos para os transtornos de ansiedade segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002)

Transtorno de ansiedade generalizada	Ataque de pânico e transtorno de pânico
– Ansiedade e preocupação excessivas, na maioria dos dias por período mínimo de 6 meses, em diferentes atividades e eventos da vida – A pessoa considera difícil controlar a preocupação e a ansiedade – A ansiedade e a preocupação estão associadas a pelo menos três dos seguintes sintomas: • Inquietação ou sensação de estar "com os nervos à flor da pele" • Cansaço fácil, fatigabilidade • Dificuldade de concentrar-se, sentir um "branco" na mente • Irritabilidade, "pavio curto" • Tensão muscular, dificuldade de relaxar • Alteração do sono (dificuldade de pegar no sono ou mantê-lo) – O foco da ansiedade ou preocupação não é decorrente de outro transtorno mental (como medo de ter crises de pânico, ser contaminado – no caso de TOC –, ganhar peso – no caso da anorexia –, etc.) – Ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social	**Ataque de pânico** *Período de intenso desconforto ou de sensação de medo com pelo menos quatro dos seguintes critérios* – Palpitações ou taquicardia – Sensação de falta de ar, desconforto respiratório – Sensação de asfixia ou de estar sufocando – Suor das mãos, pés, face, geralmente frio – Medo de perder o controle ou enlouquecer – Medo de morrer, de ter um ataque cardíaco – Tremores ou abalos – Formigamentos ou anestesias – Ondas de calor ou calafrios – Desrealização (sensação de que o ambiente familiar está estranho) ou despersonalização (sensação de estranheza quanto a si mesmo) – Tontura, instabilidade – Dor ou desconforto torácico – Náusea ou desconforto abdominal **Transtorno de pânico** – Ter ataques de pânico de forma repetitiva e inesperada – Pelo menos um dos ataques foi seguido por período mínimo de um mês com os seguintes critérios: • Preocupação persistente de ter novos ataques • Preocupação sobre implicações ou conseqüências dos ataques como perder o controle, enlouquecer ou ter um infarto • Ter alterações do comportamento relacionadas aos ataques • Presença ou não de agorafobia associada
O transtorno não é devido a efeitos fisiológicos diretos de uma substância (medicamento, abuso de substâncias, etc.) ou de uma condição médica ou doenças (como hipertireoidismo, lúpus, diabete, etc.)	

Questões de revisão

- Descreva uma crise de pânico.
- Faça a distinção entre o transtorno de ansiedade generalizada e o transtorno de pânico.
- O que é ansiedade de origem orgânica?

27

Síndromes depressivas

> E pouco a pouco se esvaece a bruma,
> Tudo se alegra à luz do céu risonho
> E ao flóreo bafo que o sertão perfuma.
>
> Porém minh'alma triste e sem um sonho
> Murmura olhando o prado, o rio, a espuma:
> Como isto é pobre, insípido, enfadonho!
>
> *Fagundes Varela*

As síndromes depressivas têm como elementos mais salientes o humor triste e o desânimo.

Do ponto de vista psicopatológico, as síndromes depressivas têm como elementos mais salientes o **humor triste** e o **desânimo** (Del Pino, 2003). Entretanto, elas caracterizam-se por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos à autovaloração, à vontade e à psicomotricidade. Também podem estar presentes, em formas graves de depressão, sintomas psicóticos (delírios e/ou alucinações), marcante alteração psicomotora (geralmente lentificação ou estupor) e fenômenos biológicos (neuronais ou neuro-endócrinos) associados.

As síndromes depressivas são atualmente reconhecidas como um problema prioritário de saúde pública. Segundo levantamento da OMS, a depressão maior unipolar é considerada **a primeira causa de incapacidade** entre todos os problemas de saúde (incapacidade definida como uma variável composta por duração do transtorno, e uma série de 22 indicadores de disfunção e sofrimento) (Murray; Lopez, 1996).

A seguir, apresentam-se, em agrupamentos de sinais e sintomas segundo a área psicopatológica envolvida, os principais elementos das síndromes depressivas.

SINTOMAS AFETIVOS

- Tristeza, sentimento de melancolia
- Choro fácil e/ou freqüente
- Apatia (indiferença afetiva; "Tanto faz como tanto fez.")
- Sentimento de falta de sentimento ("É terrível: não consigo sentir mais nada!")
- Sentimento de tédio, de aborrecimento crônico
- Irritabilidade aumentada (a ruídos, pessoas, vozes, etc.)

- Angústia ou ansiedade
- Desespero
- Desesperança

ALTERAÇÕES DA ESFERA INSTINTIVA E NEUROVEGETATIVA

- Anedonia (incapacidade de sentir prazer em várias esferas da vida)
- Fadiga, cansaço fácil e constante (sente o corpo pesado)
- Desânimo, diminuição da vontade (hipobulia; "Não tenho pique para mais nada.")
- Insônia ou hipersomnia
- Perda ou aumento do apetite
- Constipação, palidez, pele fria com diminuição do turgor
- Diminuição da libido (do desejo sexual)
- Diminuição da resposta sexual (disfunção erétil, orgasmo retardado ou anorgasmia)

ALTERAÇÕES IDEATIVAS

- Ideação negativa, pessimismo em relação a tudo
- Idéias de arrependimento e de culpa
- Ruminações com mágoas antigas
- Visão de mundo marcada pelo tédio ("A vida é vazia, sem sentido; nada vale a pena.")
- Idéias de morte, desejo de desaparecer, dormir para sempre
- Ideação, planos ou atos suicidas

ALTERAÇÕES COGNITIVAS

- Déficit de atenção e concentração
- Déficit secundário de memória
- Dificuldade de tomar decisões
- Pseudodemência depressiva

ALTERAÇÕES DA AUTOVALORAÇÃO

- Sentimento de auto-estima diminuída
- Sentimento de insuficiência, de incapacidade
- Sentimento de vergonha e autodepreciação

ALTERAÇÕES DA VOLIÇÃO E DA PSICOMOTRICIDADE

- Tendência a permanecer na cama por todo o dia (com o quarto escuro, recusando visitas, etc.)
- Aumento na latência entre as perguntas e as respostas
- Lentificação psicomotora até o estupor
- Estupor hipertônico ou hipotônico
- Diminuição da fala, redução da voz, fala muito lenta
- Mutismo (negativismo verbal)
- Negativismo (recusa à alimentação, à interação pessoal, etc.)

SINTOMAS PSICÓTICOS

- Idéias delirantes de conteúdo negativo:
  - Delírio de ruína ou miséria
  - Delírio de culpa
  - Delírio hipocondríaco e/ou de negação dos órgãos
  - Delírio de inexistência (de si e/ou do mundo)
- Alucinações, geralmente auditivas, com conteúdos depressivos
- Ilusões auditivas ou visuais

- Ideação paranóide e outros sintomas psicóticos humor-incongruentes

MARCADORES BIOLÓGICOS (NÃO SÃO ESPECÍFICOS)

- Inversão cronobiológica (p. ex., da arquitetura do sono, com diminuição da latência para o primeiro ciclo de sono REM)
- Ausência de resposta ao teste de supressão do cortisol pela dexametasona
- Em depressões graves: SPECT, PET – hipofrontalidade
- Em depressões graves: ventrículos e sulcos alargados, redução do volume do hipocampo
- Em adultos maduros ou idosos: sinais de alterações vasculares

PERDAS E DEPRESSÃO

Cabe aqui breve comentário sobre os diversos fatores causais e desencadeantes nas síndromes depressivas. Certamente fatores biológicos, genéticos e neuroquímicos têm importante peso nos diversos quadros depressivos. Do ponto de vista psicológico, as síndromes depressivas têm uma relação fundamental com as experiências de perda (Hofer, 1996; Del Pino, 2003). As síndromes e as reações depressivas surgem com muita freqüência após perdas significativas: de pessoa muito querida, emprego, moradia, *status* socioeconômico, ou de algo puramente simbólico.

As síndromes e as reações depressivas surgem com muita freqüência após perdas significativas: de pessoa muito querida, emprego, moradia, *status* socioeconômico, ou de algo puramente simbólico.

Nesse sentido, o poeta fala da experiência marcante que é a perda da pessoa amada:

> A que perdi está misturada, tão
> misturada comigo
> Que às vezes sobe ao meu coração
> o seu coração morto
> E sinto o seu sangue correr nas
> minhas veias.
> A que perdi é tão presente no meu
> pensamento
> Que sinto misturarem-se com as minhas
> lembranças de infância as lembranças
> de sua
> infância desconhecida.
> A que perdi é tão minha que as minhas
> lágrimas vieram dos seus olhos.
> E as suas é que descem dos meus.
> A que perdi está dentro do meu espírito
> como o filho no corpo materno
> Como o pensamento na palavra
> Como a morte no fim dos caminhos do
> mundo.
>
> *Augusto Frederico Schmidt*

SUBTIPOS DE SÍNDROMES E TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

A ordenação da depressão em vários subtipos é um desafio psicopatológico permanente. Revisões sobre esse tema encontram-se nos trabalhos de Del Porto (2000) e de Dubovsky e Dubovsky (2004). Os subtipos de síndromes e transtornos depressivos mais utilizados na prática clínica são:

1. Episódio ou fase depressiva e transtorno depressivo recorrente
2. Distimia
3. Depressão atípica
4. Depressão tipo melancólica ou endógena
5. Depressão psicótica
6. Estupor depressivo
7. Depressão agitada ou ansiosa
8. Depressão secundária ou orgânica

Episódio ou fase depressiva e transtorno depressivo recorrente (Quadro 27.1)

No episódio depressivo, evidentes sintomas depressivos (humor deprimido, anedonia, fatigabilidade, diminuição da concentração e da auto-estima, idéias de culpa e de inutilidade, distúrbios do sono e do apetite) devem estar presentes por pelo menos duas semanas, e não mais que por dois anos de forma ininterrupta. Os episódios duram geralmente entre 3 e 12 meses (com mediana de seis meses).

É o escritor Otto Lara Resende quem descreve de forma muito verossímil a experiência de vivenciar **um episódio de depressão**. Em uma carta a um amigo, ele diz:

> Caí naquela depressão que me assalta de vez em quando – por que, Santo Deus? Sei lá! Depressão neurastênica, vontade de ficar quieto, calado, macambúzio. Me custa até a simples locomoção doméstica. Para sair de casa, é como arrancar uma tonelada inerte e sem rodas ladeira acima [...]

Quanto aos episódios depressivos, é conveniente ressaltar que:

– O episódio depressivo é classificado pela CID-10 em leve, moderado ou grave, de acordo com o nú-

Quadro 27.1
Critérios diagnósticos para os transtornos depressivos segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002)
Pelo menos cinco critérios por duas semanas, com prejuízo no funcionamento psicossocial ou sofrimento significativo. Pelo menos um dos sintomas é humor deprimido ou perda do interesse ou prazer.

Critérios para o diagnóstico	Subtipos de transtornos depressivos (TD)
Pelo **menos cinco critérios por duas semanas** • Humor deprimido • Desânimo, perda do interesse • Apetite • Sono • Anedonia • Fadiga, perda de energia • Pessimismo • Baixa auto-estima • Concentração prejudicada • Pensamentos de morte ou suicídio • Retardo/agitação psicomotora	Transtorno depressivo maior, episódio único Transtorno depressivo maior, recorrente (> 1 episódio) Transtorno distímico: humor cronicamente deprimido por pelo menos dois anos **Características específicas** TD leve, moderado ou grave TD grave sem ou com sintomas psicóticos TD com características catatônicas (estupor depressivo): imobilidade, negativismo, mutismo, ecolalia, ecopraxia TD com características melancólicas (depressão endógena ou com sintomas somáticos): acentuado retardo ou agitação psicomotora, perda total de prazer, piora pela manhã, perda de peso, culpa excessiva TD com características atípicas: aumento do apetite ou ganho de peso, hipersonia, sensação de peso no corpo, sensibilidade extrema à rejeição interpessoal, humor muito reativo de acordo com as situações ambientais

mero, a intensidade e a importância clínica dos sintomas.

- Quando o paciente apresenta, ao longo de sua vida, mais de um episódio depressivo, que nunca foram intercalados por episódios maníacos ou hipomaníacos, faz-se estão o diagnóstico de **transtorno depressivo recorrente**.

Distimia

Distimia é uma depressão crônica, geralmente de intensidade leve, muito duradoura. Começa no início da vida adulta e persiste por vários anos.

Trata-se de uma depressão crônica, geralmente de intensidade leve, muito duradoura. Começa no início da vida adulta e persiste por vários anos. Os sintomas depressivos mais comuns são diminuição da auto-estima, fatigabilidade aumentada, dificuldade em tomar decisões ou se concentrar, mau humor crônico, irritabilidade e sentimento de desesperança. Os **sintomas devem estar presentes** de forma ininterrupta **por, pelo menos, dois anos**.

Depressão atípica

É um subtipo de depressão que pode ocorrer em episódios depressivos de intensidade leve a grave, em transtorno unipolar ou bipolar. Além dos sintomas depressivos gerais, ocorrem:

- Aumento do apetite (principalmente para doces, chocolate) e/ou ganho de peso
- Hipersomnia (>10h/dia ou duas horas a mais que quando não-deprimido)
- Sensação do corpo muito pesado (paralisia plúmbea ou inerte)
- Sensibilidade exacerbada a “indicativos” de rejeição
- Reatividade do humor aumentada (melhora rapidamente com eventos positivos e também piora rapidamente com eventos negativos)
- Fobias e aspecto histriônico (afetação, teatralidade, sugestionabilidade) associados

Depressão tipo melancólica ou endógena

Na depressão melancólica, ocorrem lentificação psicomotora, anedonia, alterações do sono e do apetite, piora dos sintomas no período da manhã (melhora no período da tarde e da noite) e idéias de culpa.

Trata-se de um subtipo de depressão na qual predominam os sintomas classicamente endógenos. Sinais e sintomas como lentificação psicomotora, anedonia, alterações do sono e do apetite, piora dos sintomas no período da manhã (melhora no período da tarde e da noite) e idéias de culpa devem fazer o clínico pensar em depressão tipo endógena ou melancólica (Del Porto, 2000). Esse tipo de depressão é de natureza mais neurobiológica, mais independente de fatores psicológicos. Seus sintomas típicos são:

- Lentificação psicomotora, demora em responder às perguntas
- Perda do apetite e de peso corporal
- Alterações do sono, sobretudo se apresentar insônia terminal (indivíduo acorda de madrugada e não consegue mais dormir)
- Anedonia (incapacidade de sentir prazer em várias esferas da vida)
- Depressão pior pela manhã, melhorando ao longo do dia
- Hiporreatividade geral

- Tristeza vital, "sentida no corpo" (qualitativamente diferente da tristeza normal)
- Diminuição da latência do sono REM (inversão da arquitetura do sono)
- Ideação de culpa

Depressão psicótica

É uma depressão grave, na qual ocorrem, associados aos sintomas depressivos, um ou mais sintomas psicóticos, como delírio de ruína ou culpa, delírio hipocondríaco ou de negação de órgãos ou alucinações com conteúdos depressivos. Se os sintomas psicóticos são de conteúdo negativo, depressivo, são classificados como sintomas psicóticos humor-congruentes (de culpa, doença, morte, punição, etc.). Caso os sintomas psicóticos não sejam de conteúdo negativo, são denominados sintomas psicóticos humor-incongruentes (delírio de perseguição, de inserção de pensamentos, auto-referentes, etc.).

Estupor depressivo

É um estado depressivo grave, no qual o paciente permanece dias na cama ou sentado, em estado de catalepsia (imóvel; em geral rígido), com negativismo que se exprime pela ausência de respostas às solicitações ambientais, geralmente em estado de mutismo, recusando alimentação, muitas vezes urinando e defecando no leito. O paciente pode, nesse estado, desidratar e vir a falecer por complicações clínicas (pneumonia, insuficiência pré-renal, desequilíbrios hidroeletrolíticos).

Depressão agitada ou ansiosa

É a depressão com forte componente de ansiedade e inquietação psicomotora. O paciente queixa-se de angústia intensa associada aos sintomas depressivos; não pára quieto; insone; irritado; anda de um lado para outro; desespera-se. Aqui, nos casos graves, há sério risco de suicídio.

> Na depressão agitada, o paciente queixa-se de angústia intensa associada aos sintomas depressivos; não pára quieto; insone; irritado; anda de um lado para outro; desespera-se.

Depressão secundária ou orgânica

É uma síndrome depressiva causada ou fortemente associada a uma doença ou um quadro clínico somático, seja ele primariamente cerebral ou sistêmico. Síndromes e doenças como hipo ou hipertireoidismo, hipo ou hiperparatireoidismo, lúpus eritematoso sistêmico, doença de Parkinson e acidentes vasculares cerebrais (AVCs) apresentam, com significativa freqüência, quadro depressivo que faz parte da própria condição patológica. No caso dos AVCs, ocorre depressão após o episódio agudo, sendo que, de modo geral, AVCs no hemisfério esquerdo e mais próximos do pólo frontal desencadeiam mais freqüentemente depressões secundárias (Cummings; Trimble, 1995).

No Quadro 27.2, são apresentadas perguntas que facilitam a identificação da depressão na história do paciente.

Quadro 27.2
Semiotécnica de episódios depressivos no passado

Você teve períodos em que se sentiu muito triste ou desanimado (claramente diferente do habitual)? Nesses períodos, não achava graça em nada, perdeu o interesse ou o prazer pelas coisas? Percebeu que o apetite diminuiu ou aumentou? Emagreceu ou engordou? Sentia-se também irritado ou nervoso? Tinha insônia ou dormia demais? Sentia-se mais cansado que o habitual? Perdeu o "pique"? Tinha dificuldade para trabalhar ou estudar? Sentia dificuldades para se concentrar ou tomar decisões? Tinha idéias negativas, como pensar em morrer? Sentia-se culpado ou arrependido?
Em caso positivo
Quando foi que isso aconteceu pela primeira vez? Ocorreu mais de uma vez? Quanto tempo duravam esses períodos? Quando foi o último período? O que ajudou a melhorar? O que o fazia piorar?

Questões de revisão

- Descreva os sintomas afetivos, ideativos, da volição/psicomotricidade e psicóticos das síndromes depressivas.
- Quais são os subtipos de síndromes e transtornos depressivos?
- Descreva a depressão atípica, a depressão melancólica e a depressão agitada.

28

Síndromes maníacas

SINTOMAS DA SÍNDROME MANÍACA

A **euforia** ou **alegria patológica** e a **elação** (ou expansão do Eu) constituem a base da síndrome maníaca (Belmaker, 2004). Além disso, é fundamental e está quase sempre presente a aceleração de todas as funções psíquicas **(taquipsiquismo)**, manifestando-se como agitação psicomotora, exaltação, loquacidade ou logorréia e pensamento acelerado (Cassidy et al., 1998). A atitude geral do paciente é alegre, brincalhona ou irritada, arrogante. Além das alterações propriamente do humor (euforia, elação) e do ritmo psíquico (aceleração), na esfera ideativa verifica-se um pensamento em geral superficial e impreciso; o paciente *fala mais do que pensa* (Binswanger [1961], 1973). De modo geral, podem-se observar os seguintes sinais e sintomas nas síndromes maníacas (Monedero, 1975):

- **Aumento da auto-estima**. O paciente sente-se superior, melhor, mais potente, etc.
- **Elação**. Sentimento de expansão e engrandecimento do Eu.
- **Insônia**. Mais precisamente, a diminuição da necessidade de sono.
- **Loquacidade**. Produção verbal rápida, fluente e persistente.
- **Logorréia**. Produção verbal muito rápida, fluente, com perda das concatenações lógicas.
- **Pressão para falar**. Tendência irresistível de falar sem parar.
- **Distraibilidade**. Atenção voluntária diminuída, e espontânea, aumentada.
- **Agitação psicomotora**. Pode ser muito intensa até quadro de *furor maníaco*.
- **Irritabilidade**. Pode ocorrer em graus variados, desde leve irritabilidade, passando pela beligerância, até a franca agressividade.
- **Arrogância**. Em alguns pacientes maníacos, é um sintoma destacável.
- **Heteroagressividade**. Geralmente desorganizada e sem objetivos precisos.
- **Desinibição social e sexual**. Leva o indivíduo a comportamentos inadequados em seu meio sociocultural; comportamentos que o paciente não realizaria fora da fase maníaca.
- **Tendência exagerada a comprar objetos ou a dar seus pertences** indiscriminadamente.

– **Idéias de grandeza, de poder, de importância social**. Podem chegar a configurar verdadeiros:
  - **delírios de grandeza ou de poder**
  - **alucinações** (geralmente auditivas, com conteúdo de grandeza).

SUBTIPOS DE SÍNDROMES MANÍACAS (ERFURTH; AROLT, 2003)

Mania franca ou grave

É a forma mais intensa da mania, com taquipsiquismo acentuadíssimo, agitação psicomotora importante, heteroagressividade, fuga de idéias e delírio de grandeza. Pacientes idosos ou com lesões cerebrais prévias, em fase de mania grave, podem se apresentar confusos, desorientados, com aparente redução do nível de consciência. Tal apresentação pode dificultar o diagnóstico diferencial entre síndrome maníaca e *delirium*.

Pacientes idosos ou com lesões cerebrais prévias, em fase de mania grave, podem se apresentar confusos, desorientados, com aparente redução do nível de consciência.

Mania irritada ou disfórica

É uma forma de mania na qual predomina a irritabilidade, o mau humor, a hostilidade em relação às pessoas, podendo ocorrer heteroagressividade e destruição de objetos.

Mania mista

Aqui há sintomas maníacos (agitação, irritabilidade, logorréia, expansão do Eu, etc.) e sintomas depressivos (idéias de culpa, desânimo, tristeza, idéias de suicídio, etc.) ocorrendo ao mesmo tempo ou alternando-se rapidamente (Bourgeois; Verdoux; Mainard, 1995). Os sintomas freqüentes são: pensamento e/ou comportamento confuso, agitação psicomotora, distúrbios do apetite, ideação suicida e, eventualmente, sintomas psicóticos. É um diagnóstico difícil, tendendo a ser mais freqüentemente observado entre adolescentes e idosos.

Hipomania (ou episódio hipomaníaco)

É uma forma atenuada de episódio maníaco, que muitas vezes passa despercebida, não recebendo atenção médica. O indivíduo está mais disposto que o normal, fala muito, conta piadas, faz muitos planos, não se ressente com as dificuldade e os limites da vida. Pode ter diminuição do sono, não se sente cansado após muitas atividades e deseja sempre fazer mais. O característico da hipomania é que o indivíduo e seu meio não são seriamente prejudicados; a hipomania não produz disfunção social importante, e não há sintomas claramente psicóticos. Muitas vezes, a pessoa acometida não busca serviços médicos.

É uma forma atenuada de episódio maníaco, que muitas vezes passa despercebida, não recebendo atenção médica.

Ciclotimia

Diversos pacientes apresentam, ao longo de suas vidas, muitos e freqüentes períodos de poucos e leves sintomas depressivos seguidos, em periodicidade variável, de certa elação e discreta elevação do humor (hipomania). Isso ocorre sem que o indivíduo apresente episódio completo de de-

pressão ou de mania. Os períodos depressivos se assemelham à distimia e, nas fases hipomaníacas, o paciente tem a sensação agradável de autoconfiança, aumento da sociabilidade, da atividade laborativa e da criatividade, etc. O paciente permanece, aos olhos da maioria das pessoas, nos marcos da "normalidade", não sendo conduzido, no mais das vezes, a um tratamento médico.

Mania com sintomas psicóticos

É um episódio maníaco grave com sintomas psicóticos, tais como delírio de grandeza ou poder, delírios místicos, às vezes acompanhados de alucinação auditiva ou visual. Nesses casos, o paciente geralmente apresenta um comportamento bastante alterado, com agitação psicomotora e desinibição social e/ou sexual importante.

SUBTIPOS DE TRANSTORNO BIPOLAR (AZORIN, 2006)

Os transtornos bipolares caracterizam-se por seu caráter fásico, episódico, semelhante ao de outros transtornos mentais e neurológicos (Post; Silberstein, 1994). Os episódios de mania e depressão ocorrem de modo relativamente delimitado no tempo e, com freqüência, há períodos de remissão, em que o humor do paciente encontra-se eutímico e as alterações psicopatológicas mais intensas regridem. Atualmente, em especial na psiquiatria infantil nos Estados Unidos (Geller; Zimerman; Williams, 2002), há a tendência de se formular o diagnóstico de mania para crianças permanentemente agitadas e inquietas. Entretanto, tal tendência não demonstrou ainda consistência do ponto de vista psicopatológico (Charfi; Cohen, 2005), permanecendo, pelo menos, polêmica. A seguir, são descritos os vários subtipos de transtorno bipolar.

Atualmente, em especial na psiquiatria infantil nos Estados Unidos (Geller; Zimerman; Williams, 2002), há a tendência de se formular o diagnóstico de mania para crianças permanentemente agitadas e inquietas. Entretanto, tal tendência não demonstrou ainda consistência do ponto de vista psicopatológico.

Transtorno bipolar tipo I

São episódios depressivos leves a graves, intercalados com fases de normalidade e fases maníacas bem-caracterizadas (Quadro 28.1).

Transtorno bipolar tipo II

São episódios depressivos leves a graves, intercalados com períodos de normalidade e seguidos de fases hipomaníacas (aqui o paciente não apresenta fases evidentemente maníacas, mas apenas hipomaníacas) (Quadro 28.1).

Transtorno afetivo bipolar, tipo "ciclador" rápido

Nesses casos, ocorrem muitas fases depressivas, maníacas, hipomaníacas ou mistas em curto período, com apenas breves períodos de remissão. Para o diagnóstico do tipo "ciclador" rápido, é necessário que o paciente tenha apresentado, nos últimos 12 meses, **pelo menos quatro episódios** bem-caracterizados e distintos de mania (ou hipomania) e/ou depressão. Para dois episódios da mesma polaridade, deve-se verificar intervalos de dois meses de humor normal ou, no caso de episódios de polaridade distinta, guinada para episódio de polaridade

Para o diagnóstico do tipo "ciclador" rápido, é necessário que o paciente tenha apresentado, nos últimos 12 meses, pelo menos quatro episódios de mania.

oposta (sem necessidade de períodos intermediários de normalidade do humor).

Há dois trabalhos clássicos sobre a psicopatologia dos quadros maníacos: *Sobre la forma maníaca de vida*, de Ludwig Binswanger [1961] (1973); e *La mania: una psicopatologia de la alegria*, de Carmelo Monedero (1975). Para a investigação de episódios maníacos na história dos pacientes, ver Quadro 28.2.

Quadro 28.1

Critérios diagnósticos para os transtornos maníacos segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002)

Período de pelo menos uma semana com sintomas bem-demarcados de: humor persistentemente elevado, irritado ou expansivo.

Diagnóstico de episódio maníaco	Subtipos de transtorno bipolar (TB)
Três ou mais dos sintomas (quatro se o humor for apenas irritado) por pelo menos uma semana • Auto-estima elevada • Grandiosidade • Muito falante, loquaz ou logorréico • Fuga de idéias • Distraibilidade • ↓ Necessidade de sono • Aceleração psicomotora • Desinibição social e/ou sexual • ↑↑↑ Gasto de dinheiro • ↑↑↑ Envolvimento em atividades prazerosas **Episódio hipomaníaco** Por pelo menos quatro dias, três ou mais sintomas bem-demarcados de humor persistentemente elevado, irritado ou expansivo. Não pode haver sintomas psicóticos; os sintomas não perturbam claramente o funcionamento profissional ou social, e não há necessidade de hospitalização.	**TB episódio maníaco único** **TB tipo I** com mais de um episódio (maníaco ou depressivo maior, mas pelo menos um maníaco): Especificar: se o episódio atual ou mais recente for do tipo hipomaníaco, maníaco, misto, depressivo. **TB tipo II** com mais de um episódio (hipomaníaco ou depressivo maior, mas pelo menos um hipomaníaco): especificadores semelhantes aos recém-descritos (menos maníacos) **Transtorno ciclotímico:** por pelo menos dois anos, numerosos períodos com sintomas hipomaníacos e sintomas depressivos (que não satisfazem os critérios para episódio depressivo maior ou grave)

Quadro 28.2

Semiotécnica de episódios maníacos no passado

Você teve períodos em que se sentiu muito bem ou acelerado (claramente diferente do habitual)? Seus familiares ou amigos acharam que era algo mais que simplesmente estar legal? Teve períodos em que se sentiu muito irritado? Nesses períodos, sentia pouca necessidade de dormir? Sentia-se mais forte ou poderoso? Teve períodos em que você esteve bem mais ativo que o comum, envolvendo-se em muitas atividades? Houve períodos em que não conseguia ficar parado, tinha que se mexer a toda hora? Vinham muitas idéias na cabeça? Você se sentia especialmente autoconfiante? Sentia que se distraía com muita facilidade?
Em caso positivo
Quando foi que isso aconteceu pela primeira vez? Ocorreu mais de uma vez? Quanto tempo duravam esses períodos? Quando foi o último episódio? Algo ajudou você a sair desse estado ou a ficar mais calmo?

Questões de revisão

- Descreva pelo menos 10 sintomas de uma síndrome maníaca.
- O que é hipomania?
- Descreva o TAB tipo “ciclador” rápido.

Síndromes neuróticas (fobias, quadros obsessivo-compulsivos, histeria, somatizações)

Ninguém te viu o sentimento inquieto,
Magoado, oculto e aterrador, secreto,
Que o coração te apunhalou no mundo.

Mas eu que sempre te segui os passos
Sei que cruz infernal prendeu-te os braços
E o teu suspiro como foi profundo!

Cruz e Sousa

Embora a tendência atual seja a de abandonar o conceito de neurose, neste livro é mantido o constructo "neurose", posto ser ele consideravelmente útil e heurístico. Identificar um indivíduo como tendo um quadro neurótico permite uma compreensão adequada para um considerável número de pacientes que apresenta sintomas ansiosos, fóbicos, obsessivos, histriônicos e hipocondríacos. Tais sintomas oscilam e se alternam no tempo, com muita freqüência, permanecendo um núcleo constante, que se denomina neurose. Além disso, o constructo neurose aponta para uma estruturação da subjetividade expressiva de conflitos intrapsíquicos (recalque, luta interna, impulsos inaceitáveis perante um julgamento rígido, etc.) e interpessoais (frustração recorrente nas relações pessoais, insatisfação constante com o que recebe e dá aos outros, rigidez, etc.) (López Ibor, [1966] 2001). Assim, o constructo neurose fornece essa moldura conceitual e classificatória que abarca a grande sobreposição e o intercâmbio de sintomas da série da ansiedade, da fobia, da obsessão, da frustração, da dissociação e da somatização.

O constructo neurose fornece essa moldura conceitual e classificatória que abarca a grande sobreposição e o intercâmbio de sintomas da série da ansiedade, da fobia, da obsessão, da frustração, da dissociação e da somatização.

No sistema diagnóstico DSM-IV, o conceito de neurose foi totalmente suprimido e, em seu lugar, permaneceram transtornos mentais ditos "menores", tais

como os transtornos de ansiedade (sobretudo os transtornos de ansiedade generalizada, de pânico e de estresse pós-traumático), fóbicos, obsessivo-compulsivos, dissociativos, conversivos e de somatização.

Na CID-10, o constructo neurose, embora criticado, não é abandonado. Os transtornos fóbicos, de ansiedade, obsessivo-compulsivo, dissociativos e conversivos, bem como as somatizações, a neurastenia e a hipocondria permanecem agrupados em um mesmo capítulo (Capítulo F40 a F48), de alguma forma orbitando em torno de um constructo mais amplo denominado neurose. Entretanto, a CID-10 não o considera um “princípio organizador”. Há, portanto, certa ambigüidade na permanência desse constructo nessa classificação.

Segundo Van Den Berg (1970, p. 237), a neurose é uma perturbação do contato inter-humano,

> uma perturbação nas relações com outrem, sem que, para explicá-la, se possa apelar exclusivamente a defeitos corporais, doenças corporais, psicoses, falhas constitucionais ou anomalias de caráter.

No centro de todas as neuroses, está a angústia. O homem neurótico vive os conflitos humanos fundamentais de forma particularmente dolorosa e recorrente.

No centro de todas as neuroses, está a angústia. O homem neurótico vive os conflitos humanos fundamentais de forma particularmente dolorosa e recorrente. Ainda segundo o psiquiatra holandês Van Den Berg, a neurose também pode ser vista como uma forma particular de relação do indivíduo com os outros, com a corporeidade própria e a dos outros, com os objetos (materiais e simbólicos) do mundo, fonte de uso e de gozo. Para esse autor, quem não atribui importância particular ao contato com outros, à existência corporal própria e alheia, e às disponibilidades úteis e gozosas não pode ficar neurótico.

Nessa mesma linha, para Henri Ey (1974), as neuroses são transtornos caracterizados por conflitos intrapsíquicos que inibem e perturbam as condutas sociais. As neuroses produzem antes uma perturbação do equilíbrio interior do sujeito neurótico que uma mudança em seu sistema de realidade. Nos neuróticos, de modo geral, sobressaem-se as manifestações de uma angústia permanente e de mecanismos de defesa que, em última análise, fracassam na resolução de conflitos. São dificuldades e conflitos intrapsíquicos e interpessoais que mantêm o sofrimento, a frustração, a angústia, o empobrecimento e a inadequação tanto do Eu como das relações interpessoais.

As neuroses se caracterizam por dificuldades e conflitos intrapsíquicos e interpessoais que mantêm o sofrimento, a frustração, a angústia, o empobrecimento e a inadequação tanto do Eu como das relações interpessoais.

As principais síndromes neuróticas e somatoformes podem ser descritas e classificadas da seguinte forma: síndromes fóbicas, obsessivo-compulsivas, histéricas, hipocondríacas e neurastênicas (atualmente, em parte, compreendidas na síndrome da fadiga crônica).

QUADROS FÓBICOS

As síndromes fóbicas caracterizam-se por medos intensos e irracionais, por situações, objetos ou animais que objetivamente não oferecem ao indivíduo perigo real e proporcional à intensidade de tal medo. As síndromes fóbicas mais importantes são apresentadas a seguir (Hollander; Simeon 2004).

Na **agorafobia**, o medo e a angústia relacionam-se a espaços amplos ou com muitas pessoas, à possibilidade de estar em locais de onde possa ser difícil escapar ou

onde o auxílio ou a presença de pessoas próximas não seja rapidamente acessível. Os indivíduos com agorafobia têm, freqüentemente, crises de medo e angústia quando estão fora de casa, em um congestionamento, em uma ponte ou túnel, em meio à multidão, em um estádio de futebol, em um grande supermercado, no cinema ou no teatro. Têm, com freqüência, medo de viajar de ônibus, automóvel ou avião. Há tendência de evitar tais situações, o que geralmente leva a um estreitamento das possibilidades vivenciais do indivíduo, restringindo-o, às vezes, à sua casa e a ambientes muito familiares e seguros.

O medo dos grandes espaços, característica dos agorafóbicos, aparece de forma contundente nestes expressivos versos de Charles Baudelaire:

> Grandes bosques, de vós,
> como das catedrais,
> Sinto pavor; uivais como órgãos;
> e em meu peito,
> Câmara ardente onde retumbam
> velhos ais,
> De vossos *De profundis* ouço o eco
> perfeito.
>
> Te odeio, oceano! Teus espasmos
> e tumultos,
> Em si minha alma os tem; e este
> sorriso amargo
> Do homem vencido, imerso em
> lágrimas e insultos,
> Também os ouço quando o mar
> gargalha ao largo.

A **fobia simples ou específica** caracteriza-se por medo intenso, persistente, desproporcional e irracional, como medo de animais (barata, sapo, cobra, passarinho, cachorro, cavalo, etc.), medo de ver objetos como seringas, sangue, faca, vidros quebrados, etc. A exposição ao objeto ou animal fobígeno geralmente deflagra uma crise de angústia ou mesmo de pânico. Os indivíduos acometidos reconhecem o caráter irracional e desproporcional de seus medos.

A **fobia social** caracteriza-se por um medo intenso e persistente de situações sociais que envolvam expor-se ao contato interpessoal, demonstrar certo desempenho ou situações competitivas e de cobrança. O indivíduo sente intensa angústia ao ter de falar em público, apresentar um seminário, fazer uma palestra, ler um trecho de um livro, etc. O medo à exposição é mais forte com pessoas estranhas ou tidas como superiores. O indivíduo tenta evitar tais situações e reconhece o caráter absurdo de seus temores.

> A fobia social caracteriza-se por um medo intenso e persistente de situações sociais que envolvam expor-se ao contato interpessoal, demonstrar certo desempenho ou situações competitivas e de cobrança.

Sobre o poder paralisante do medo, Carlos Drummond de Andrade diz:

> Provisoriamente não cantaremos o
> amor que se refugiou mais abaixo
> dos subterrâneos.
> Cantaremos o medo, que esteriliza
> os abraços,
> não cantaremos o ódio porque esse
> não existe,
> existe apenas o medo, nosso pai
> e nosso companheiro,
> o medo grande dos sertões, dos
> mares, dos desertos,
> o medo dos soldados, o medo das
> mães, o medo das igrejas,
> cantaremos o medo dos ditadores,
> o medo dos democratas,
> cantaremos o medo da morte e
> o medo de depois da morte,
> depois morreremos de medo
> e sobre nossos túmulos nascerão
> flores amarelas e medrosas.

SÍNDROMES OBSESSIVO-COMPULSIVAS

Os quadros obsessivo-compulsivos caracterizam-se por idéias, fantasias e imagens obsessivas e por atos, rituais ou comporta-

Os quadros obsessivo-compulsivos caracterizam-se por idéias, fantasias e imagens obsessivas e por atos, rituais ou comportamentos compulsivos.

mentos compulsivos. Esses quadros são vividos como uma pressão sobre o indivíduo, como algo que o obriga e submete. Na prática clínica, nem sempre é fácil demarcar com precisão o limite entre a obsessão e a fobia (p. ex., obsessão por limpeza, fobia de sujeira ou contaminação), ou entre a idéia delirante e a obsessão (com pouca crítica e *insight*). Da mesma forma, em alguns casos é difícil diferenciar entre o ato compulsivo (vivenciado como obrigatório e desprazeiroso) e o ato impulsivo.

As síndromes obsessivo-compulsivas dividem-se em dois subtipos básicos: aquelas nas quais predominam as idéias obsessivas e aquelas nas quais predominam os atos e os comportamentos compulsivos (Miguel, 1996). Muito freqüentemente, entretanto, se observam formas mistas.

As **síndromes obsessivas** caracterizam-se por idéias, pensamentos, fantasias ou imagens persistentes, que surgem de forma recorrente na consciência; são vivenciadas com angústia e como algo que "invade" a consciência. O indivíduo reconhece o caráter irracional e absurdo desses pensamentos, tentando, às vezes, neutralizá-los com outros pensamentos ou com atos e rituais específicos.

O indivíduo reconhece o caráter irracional e absurdo desses pensamentos, tentando, às vezes, neutralizá-los com outros pensamentos ou com atos e rituais específicos.

Nas **síndromes compulsivas**, predominam os comportamentos e rituais repetitivos, como lavar as mãos inúmeras vezes, tomar muitos banhos, verificar se as portas estão trancadas por dezenas de vezes, etc., assim como por atos mentais como repetir palavras mentalmente em silêncio, fazer determinadas contas, rezar, etc., em geral em resposta a uma idéia obsessiva ("Devo estar com AIDS ou sífilis; então tenho que me lavar constantemente."). Os comportamentos e os atos compulsivos também podem surgir como forma de cumprir regras mágicas que precisam ser rigidamente seguidas. Outras razões para os atos e os rituais compulsivos são pensamentos mágicos que vinculam a realização do ato compulsivo com o afastamento de algum evento temível ou indesejado ("Se eu der 15 voltas no quarteirão antes de entrar em casa, ninguém da família morrerá proximamente").

É ainda o poeta Drummond quem fala dessa angustiosa sensação de sentir-se sujo, contaminado:

> Minha mão está suja.
> Preciso cortá-la.
> Não adianta lavar.
> A água está podre.
> Nem ensaboar.
> O sabão é ruim.
> A mão está suja,
> Suja há muitos anos.

QUADROS HISTÉRICOS: CONVERSÕES E DISSOCIAÇÃO (QUADROS DISSOCIATIVOS)

As síndromes histéricas caracterizam-se por apresentar manifestações clínicas tanto referentes ao corpo como à mente e ao comportamento. No corpo, predominam as alterações das funções sensoriais e motoras e, na mente, aquelas relacionadas à consciência vígil, à memória e às percepções (Micale, 1995). O comportamento do indivíduo com histeria é caracteristicamente dramático, teatral (o paciente quer constante-

O comportamento do indivíduo com histeria é caracteristicamente dramático, teatral (o paciente quer constantemente ser o centro das atenções), infantil, sedutor e, eventualmente, manipulativo.

mente ser o centro das atenções), infantil, sedutor e, eventualmente, manipulativo.

Segundo Van Den Berg (1970), o paciente histérico apresenta uma peculiaridade: necessita de contato e tem incapacidade de mantê-lo e aprofundá-lo. Do ponto de vista existencial, tais indivíduos vivem em um contexto de inautenticidade no contato interpessoal; suas relações soam falsas, eles parecem que precisam representar constantemente no seu relacionamento com as pessoas.

Subdividem-se as síndromes histéricas em dois grandes grupos: histeria de conversão ou conversiva e histeria dissociativa (usa-se atualmente o termo "transtorno dissociativo").

Na **histeria de conversão**, os sintomas e as perturbações corporais são muito variados: paralisias histéricas, anestesias e analgesias histéricas, cegueira histérica, perturbações histéricas no andar e no ficar de pé (astasia-abasia) e perda da fala ou rouquidão histérica (afonia histérica). Chama a atenção, nesses pacientes, o fato de, ao notarem seus distúrbios corporais aparentemente muito graves (paralisias, cegueira, anestesias, etc.), reagirem vivencialmente com indiferença exemplar. A isso, os clínicos antigos denominaram *la belle indifférence des hystériques* (a bela indiferença dos histéricos).

Conforme salienta Ramadam (1985, p. 8),

> o comprometimento provocado pela histeria não é equivalente à função biológica ou natural do órgão, segundo suas estruturas e disposições anatomofuncionais; o distúrbio corresponde, sempre, à utilização habitual que o paciente faz do órgão, ou à representação imaginária e simbólica que tem daquela função.

Na **histeria dissociativa**, podem ocorrer alterações da consciência, com **pseudocrises** que se assemelham a crises epilépticas (Harris, 2005). Ocorrem freqüentemente como crises histérico-dissociativas, com rebaixamento e afunilamento da consciência (**estado crepuscular histérico**). Também são consideradas formas de histeria de dissociação as **amnésias histéricas**, nas quais o indivíduo esquece elementos seletivos e significativos do ponto de vista psicológico. Além disso, podem ocorrer fugas histéricas e fenômenos sensoperceptivos (ilusões, pseudo-alucinações) de natureza histérica. Estudos recentes indicam que ocorrem alterações cerebrais funcionais durante os episódios com sintomas histéricos de conversão (Black et al., 2004).

Do ponto de vista clínico, é fundamental poder diferenciar as crises histéricas das crises epilépticas. O Quadro 29.1 visa resumir e sistematizar os elementos desse importante diagnóstico diferencial.

SÍNDROMES HIPOCONDRÍACAS E SOMATIZAÇÃO

Nos quadros hipocondríacos, predominam os temores e as preocupações intensas com a idéia de ter uma doença grave. Essas idéias surgem geralmente a partir de sensações corporais ou sinais físicos insignificantes. O indivíduo procura constantemente os médicos e os serviços de saúde para ter garantias de que não tem doença grave. Entretanto, embora haja uma preocupação enorme com a possibilidade de sofrer de tais doenças, essas preocupações não possuem caráter delirante, podendo o indivíduo fazer uma crítica, em algum momento, quanto ao caráter absurdo de suas preocupações.

Já a **somatização** é um termo de significação muito ampla, referente

> Somatização é um termo de significação muito ampla, referente ao processo pelo qual um indivíduo usa (consciente ou inconscientemente) seu corpo ou sintomas corporais para fins psicológicos ou para obter ganhos pessoais.

Quadro 29.1
Diferenças entre crises histéricas e crises epilépticas

Crise dissociativa histérica	Crise epiléptica
Mais comum em mulheres.	Distribuição equilibrada entre os sexos.
Antecedentes pessoais de personalidade histriônica, neurose histérica, ou conflitos psicológicos importantes.	Podem ou não haver alterações psiquiátricas prévias; pode ser referido um perfil do tipo personalidade epiléptica.
Predominam manifestações motoras, que tendem a ser mais bizarras (como ataque ao examinador durante a convulsão).	Segue os padrões dos diferentes tipos de crises epilépticas (as crises parciais complexas, com seus automatismos, também podem apresentar aspecto aparentemente bizarro).
Uma fase tônica precedendo a clônica é mais rara.	A fase tônica precede a clônica no tipo grande mal.
O paciente quase sempre fica com os olhos fechados durante a crise.	O paciente pode ter a crise com os olhos abertos.
Quando o indivíduo prende a respiração, as extremidades quase sempre se apresentam relaxadas.	Hipertonia generalizada.
Atividade motora bilateral com preservação de consciência indica pseudocrise.	Quando há atividade motora bilateral, a consciência deve estar sempre alterada (exceção: espasmos mioclônicos ou flexores).
Tende a surgir na presença de outras pessoas, durante o dia, após discussões ou brigas familiares; raramente surgem durante o sono.	Pode surgir durante o sono ou quando o indivíduo está sozinho.
Instalação costuma ser mais lenta que abrupta.	Instalação geralmente abrupta; pode haver o "grito epiléptico" precedendo a crise.
Duração tende a ser mais longa que a de uma crise epiléptica.	Duração mais curta, geralmente de segundos a poucos minutos.
Geralmente não há confusão mental, obnubilação, tontura, cefaléia intensa ou hipotonia muscular após pseudocrise.	Após a crise, podem ocorrer confusão mental e obnubilação, tontura, cefaléia intensa e hipotonia muscular.
Raramente há liberação de esfincteres durante a crise.	Pode haver liberação de esfincteres durante a crise.
EEG não demonstra alterações durante a crise; tende a ser normal nos períodos intercríticos.	O EEG pode demonstrar manifestações do tipo epiléptico na fase interictal; na fase ictal, sempre há manifestações no EEG.

ao processo pelo qual um indivíduo usa (consciente ou inconscientemente) seu corpo ou sintomas corporais para fins psicológicos ou para obter ganhos pessoais. Os sintomas comuns são dores difusas (cefaléias, lombalgias, artralgias, dores abdominais, "corpalgias", etc.), sintomas gastrintestinais (náuseas, diarréias, dispepsias, etc.) e síndromes pseudoneurológicas.

A somatização pode ocorrer na presença de doença física demonstrável (intensificando demasiadamente a sua apresentação sintomática), assim como na ausência de qualquer patologia física. Em geral, há o desejo de adquirir o **papel de doente** físico para obter ganhos primários (psicológicos, intrapsíquicos) ou secundários (sociais ou interpessoais). A somatização pode servir como um meio de comunicação quando a expressão verbal mais direta está bloqueada. Pode também representar uma forma de expressão de sofrimento e desconforto em pessoas que não conseguem reconhecer e verbalizar seus sentimentos.

Denomina-se **alexitimia** a dificuldade de identificar sentimentos e diferenciá-los de sensações corporais, assim como a dificuldade de fa-

Denomina-se alexitimia a dificuldade de identificar sentimentos e diferenciá-los de sensações corporais, assim como a dificuldade de falar sobre as próprias emoções.

Quadro 29.2

Semiotécnica de síndromes ansiosas e neuróticas

Ataques de pânico: Você já teve ataques ou crises de medo intenso, em que se sentiu muito mal? Teve crises intensas de ansiedade? Sentia batedeira, falta de ar, formigamentos, sensação de que iria morrer ou perder o controle? Duravam quanto tempo? Quando foi a primeira crise? Quantas crises, em média, ocorriam em um mês?

Agorafobia: Tem medo de lugares muito amplos, como supermercados, estádios, cinemas, congestionamento de carros, etc.? Tem medo de ter um ataque de ansiedade nesses lugares ou de não poder escapar deles?

Fobias simples: Tem medo de alguma coisa ou de algum animal em especial (cobra, sapo, barata, cachorro, etc.)? Tem medo de ver sangue, facas, giletes ou vidros quebrados? Tem medo de avião?

Fobia social: Você se acha uma pessoa tímida? Você tem medo de falar em público, de dar aulas ou apresentar seminários? Tem medo de ir a festas e conhecer gente nova? Tem receio de falar com pessoas que considera mais importantes que você? Tem medo ou sente desconforto em comer em frente a desconhecidos?

Idéias obsessivas: Você tem algumas idéias ou pensamentos que não saem de sua cabeça e que voltam sem parar, incomodando-lhe? Quais são esses pensamentos? O que acha deles? São absurdos ou reais?

Atos compulsivos: Você realiza algum tipo de ato ou ritual de forma repetitiva? Tem manias como lavar as mãos muitas vezes, verificar repetidas vezes se as portas e as janelas da casa estão realmente fechadas? Demora muito tempo no banho? Os atos, os rituais ou as manias servem para neutralizar algum pensamento ou idéia?

Crises dissociativas: Já teve desmaios ou crises nervosas em que "desligou" (perdeu a consciência)? Quando ocorreram? Quanto tempo duravam as crises? Com que freqüência têm ocorrido? Algo facilita que as crises ocorram (discussões, brigas, contrariedades, etc.)? Você tem algum grau de controle sobre esses desmaios?

Sintomas conversivos: Já teve paralisias ou anestesias de partes do corpo? Como surgiram? Estavam relacionadas a algum problema pessoal? Você ficou assustado com isso? Teve outros problemas no corpo (p. ex., perder a voz, a visão) relacionados com períodos de nervosismo ou com brigas ou outros problemas pessoais?

Sintomas hipocondríacos: Sente-se muito preocupado com sua saúde física? Acha que tem alguma doença? Acha que pode ser algo grave? Apesar dos exames darem negativos, acha que realmente deve ter algo grave?

Em caso positivo

Quando foi que esses problemas (sintomas) começaram a acontecer? Houve períodos em que estiveram melhor ou pior? Algo ajudou você a melhorar em relação a esses problemas?

lar sobre as próprias emoções e a tendência a ter um estilo de pensamento orientado para o externo. A alexitimia parece ser mais freqüente em alguns grupos sociais e culturais e possivelmente se associa a certos traços de personalidade, como introversão, isolamento e piores relações interpessoais. Embora tenha sido postulado anteriormente, nos dias atuais considera-se polêmico se há relação entre a alexitimia e a maior ocorrência de somatizações (revisão sobre alexitimia em Páez; Casullo, 2000).

Os quadros de somatização podem ser situacionais e transitórios (durante uma fase difícil da vida), ou estáveis e duradouros, passando a ser um estilo ou **modo de conduzir a vida** (Ford, 1986). Os indivíduos hipocondríacos e somatizadores tendem a rejeitar a idéia de que seu sofrimento seja de origem psicológica ou psicossocial.

SÍNDROMES NEURASTÊNICAS

Introduzida pelo norte-americano Georg Miller Beard (1839-1883), em 1869, a neurastenia já foi uma categoria muito utilizada por clínicos e pelo público leigo. Atualmente está em relativo desuso, tendendo a ser substituída pelo conceito de síndrome da fadiga crônica. A neurastenia caracteriza-se por fadiga fácil depois de esforço físico ou mental, dores musculares, dificuldade em relaxar, sensação de fraqueza e exaustão corporal, irritabilidade, dificuldade em concentrar-se, tonturas, cefaléias e insegurança. Pode haver dificuldades com o sono. Sintomas depressivos sobrepõem-se amplamente aos da neurastenia (Bertolote, 1997).

Finalmente, cabe assinalar que, na prática clínica diária, sintomas como dores musculares, cansaço, tontura, dores abdominais e de outras partes do corpo, em mais de 15% dos casos, permanecem sem justificativas biomédicas. Segundo Kirmayer e colaboradores (2004), tais sintomas ocorrem nas mais diversas culturas e estão associados pelos portadores a estresses emocionais e sociais dos mais variados (as próprias culturas dispõem de sistemas médico-explicativos que formulam hipóteses locais que elucidam e classificam tais experiências), não sendo sempre adequado reduzi-los à categoria somatização ou transtorno psicossomático.

Questões de revisão

- Argumente sobre as justificativas de se manter o constructo “neurose”.
- Comente o papel da angústia nas neuroses.
- Diferencie agorafobia, fobia social e fobia simples.
- Caracterize os quadros obsessivo-compulsivos.
- De modo geral, como é o comportamento do paciente com histeria?
- Diferencie histeria de conversão de histeria dissociativa.
- Defina somatização e alexitimia e discuta suas possíveis relações.
- Quais são as diferenças entre crise histérica e crise epilética?

Síndromes psicóticas (quadros do espectro da esquizofrenia e outras psicoses)

Mudos atalhos afora, na soturnidade de alta noite, eu e ela caminhávamos.
Eu, no calabouço sinistro de uma dor absurda, como de
feras devorando entranhas, sentindo uma sensibilidade
atroz morder-me, dilacerar-me.
Ela, transfigurada por tremenda alienação, louca, rezando
e soluçando baixinho rezas bárbaras.
Eu e ela, ela e eu! – ambos alucinados, loucos, na
sensação inédita de uma dor jamais experimentada.

Cruz e Sousa, (Balada de Loucos[1])

Os sintomas paranóides são muito comuns, como idéias delirantes e alucinações auditivas de conteúdo persecutório.

As síndromes psicóticas caracterizam-se por sintomas típicos como **alucinações e delírios**, **pensamento desorganizado** e **comportamento claramente bizarro**, como fala e risos imotivados (Janzarik, 2003). Os sintomas paranóides são muito comuns, como idéias delirantes e alucinações auditivas de conteúdo persecutório. Em alguns casos, observa-se uma desorganização profunda da vida mental e do comportamento, de qualidade diversa à que ocorre nos quadros demenciais, no *delirium* ou nos quadros de retardo mental grave (Schimid, 1991). Os autores de orientação psicodinâmica tendem a dar ênfase à **perda de contato com a realidade** como dimensão central da psicose. O paciente psicótico, nessa perspectiva, passaria a viver fora da realidade, sem ser regido pelo princípio de realidade, e viveria predominantemente sob a égide do princípio do prazer e do narcisismo. Pacientes psi-

[1] Cruz e Sousa, poeta simbolista, experimentou em sua vida o sofrimento de forma especialmente atroz. Intelectual negro, rejeitado pelo meio social de então, faleceu cedo, aos 35 anos, pobre e tuberculoso. Refere-se nessa balada a um episódio real que lhe aconteceu; ao voltar para casa de um passeio com sua esposa, notou que ela subitamente estava enlouquecendo.

Pacientes psicóticos tipicamente têm *insight* prejudicado (precária consciência da doença).

cóticos tipicamente têm *insight* prejudicado (precária consciência da doença) em relação aos seus sintomas e à sua condição clínica geral (Dantas; Banzato, 2007).

ESQUIZOFRENIA

A principal forma de psicose, por sua freqüência e sua importância clínica, é certamente a esquizofrenia (Tsuang; Stone; Faraone, 2000). Considera-se que alguns sintomas são muito significativos para o diagnóstico da esquizofrenia (Tandon; Greden, 1987), particularmente aqueles que Kurt Schneider (1887-1967) denominou "sintomas de primeira ordem".

Sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider

1. **Percepção delirante**. Uma percepção absolutamente normal recebe uma significação delirante, que ocorre de modo simultâneo ao ato perceptivo, em geral de forma abrupta, como uma espécie de "revelação".
2. **Alucinações auditivas características**. São as **vozes que comentam e/ou comandam a ação** do paciente.
3. **Eco do pensamento ou sonorização do pensamento (*Gedankenlautwerden*)**. O paciente escuta seus pensamentos ao pensá-los.
4. **Difusão do pensamento**. Neste caso, o doente tem a sensação de que seus pensamentos são ouvidos ou percebidos claramente pelos outros, no momento em que os pensa.
5. **Roubo do pensamento**. Experiência na qual o indivíduo tem a sensação de que seu pensamento é inexplicavelmente extraído de sua mente, como se fosse roubado.
6. **Vivências de influência na esfera corporal ou ideativa**. Aqui, dois tipos de vivências de influência são mais significativos:
   - **Vivências de influência corporal**. São experiências nas quais o paciente sente que uma força ou um ser externo age sobre seu corpo, sobre seus órgãos, emitindo raios, influenciando as funções corporais, etc.
   - **Vivências de influência sobre o pensamento**. Referem-se à experiência de que algo influencia seus pensamentos, o paciente recebe pensamentos impostos de fora, **pensamentos feitos**, postos em seu cérebro, etc. Também as **vivências corporais ou ideativas** têm a qualidade de serem experimentadas como **feitas**, como **impostas de fora**.

Os sintomas de primeira ordem indicam a profunda alteração da relação Eu-mundo, o dano radical das "membranas" que delimitam o Eu em relação ao mundo, uma perda marcante da dimensão da intimidade.

Os sintomas de primeira ordem indicam a profunda alteração da relação Eu-mundo, o dano radical das "membranas" que delimitam o Eu em relação ao mundo, uma perda marcante da dimensão da intimidade. Ao sentir que algo é imposto de fora, feito à sua revelia, o doente vivencia a perda do controle sobre si mesmo, a invasão do mundo sobre seu ser íntimo. Esse tipo de experiência psicótica, dos pensamentos mais íntimos

serem imediatamente percebidos por outras pessoas, expressa a vivência de uma considerável “fusão” com o mundo, um avançar terrível do mundo público sobre o privado, assim como um extravasamento involuntário da experiência pessoal e interior sobre o mundo circundante.

Os **sintomas de segunda ordem** de Schneider são menos importantes para o diagnóstico de esquizofrenia. Apenas em certos contextos (nos quais outros aspectos do quadro clínico e o todo da história clínica indicam esquizofrenia) eles devem ser considerados contributivos para tal diagnóstico. São eles: perplexidade, alterações da sensopercepção (excluindo aqueles de primeira ordem), vivências de influência no campo dos sentimentos, impulsos ou vontade, vivência de empobrecimento afetivo, intuição delirante e alterações do ânimo de colorido depressivo ou maniatiforme.

Os psicopatólogos do final do século XIX e início do XX distinguiram quatro **subtipos de esquizofrenia**. A forma **paranóide**, caracterizada por alucinações e idéias delirantes, principalmente de conteúdo persecutório. A forma **catatônica**, marcada por alterações motoras, hipertonia, flexibilidade cerácea e alterações da vontade, como negativismo, mutismo e impulsividade. A forma **hebefrênica**, caracterizada por pensamento desorganizado, comportamento bizarro e afeto pueril. E, finalmente, definiu-se um subtipo **simples**, no qual, apesar de faltarem sintomas característicos, observa-se um lento e progressivo empobrecimento psíquico e comportamental, com negligência quanto aos cuidados de si (higiene, roupas, saúde), embotamento afetivo e distanciamento social.

A definição precisa da esquizofrenia, seus sintomas mais fundamentais e característicos, aquilo que lhe é mais peculiar e central, é tema de intensas discussões em psicopatologia. Apesar do surgimento dos antipsicóticos de primeira e segunda gerações, a clínica das psicoses em geral e da esquizofrenia em particular permanece, com algumas mudanças superficiais, com a mesma estrutura básica (Leme Lopes, 1979). Dentre as mais importantes definições de sintomas essenciais na esquizofrenia, estão as apresentadas por autores clássicos, citadas no Quadro 30.1.

A definição precisa da esquizofrenia, seus sintomas mais fundamentais e característicos, aquilo que lhe é mais peculiar e central, é tema de intensas discussões em psicopatologia.

Nas últimas décadas, tem-se dado mais importância à diferenciação da esquizofrenia em três subtipos (Andreasen, 1995):

1. Síndrome negativa ou deficitária
2. Síndrome positiva ou produtiva
3. Síndrome desorganizada

Esses subtipos são apresentados a seguir.

Síndrome negativa ou deficitária (sintomas negativos)

Os sintomas negativos das psicoses esquizofrênicas caracterizam-se pela perda de certas funções psíquicas (na esfera da vontade, do pensamento, da linguagem, etc.) e pelo empobrecimento global da vida afetiva, cognitiva e social do indivíduo. Os principais sintomas ditos negativos ou deficitários nas síndromes esquizofrênicas são:

1. **Distanciamento afetivo**, em graus variáveis até o completo **embotamento afetivo**; perda da capacidade de sintonizar afetivamente com as pessoas, de demonstrar ressonância afetiva no contato interpessoal.

Quadro 30.1

Definições de esquizofrenia segundo Kraepelin, Bleuler, Jaspers, Schneider, CID-10 e DSM-IV

Emil Kraepelin (1856-1926)	Eugen Bleuler (1857-1939)
Alterações da vontade (perda do elã vital, negativismo, impulsividade, etc.) **Embotamento afetivo** **Alterações da atenção e da compreensão** Transtorno do pensamento, no sentido de **associações frouxas** **Alucinações,** especialmente **auditivas** **Sonorização do pensamento** **Vivências de influência** sobre o pensamento **Evolução deteriorante** (83% dos casos) no sentido de embotamento geral da personalidade	Alterações formais do pensamento, no sentido de **afrouxamento até dissociação das associações** **Ambivalência afetiva**; afetos contraditórios vivenciados intensamente ao mesmo tempo **Autismo**, como tendência a um isolamento psíquico global em relação ao mundo, um "ensimesmamento" radical **Dissociação ideoafetiva**, desarmonia profunda entre as idéias e os afetos **Evolução muito heterogênea**, podendo muitos casos apresentarem evolução benigna
Karl Jaspers (1883-1969)	**Kurt Schneider (1887-1967)**
Idéias delirantes primárias, não-deriváveis ou compreensíveis psicologicamente **Humor delirante** precedendo o delírio **Alucinações verdadeiras, primárias** **Vivências de influência**, vivências do "feito" **Ocorrência ou intuição delirante** Analisando a vida total do paciente, nota-se que ocorreu **quebra na curva existencial**; os surtos fazem parte de um **processo** insidioso que transforma radicalmente a personalidade e a existência do doente	Percepção delirante Vozes que comentam a ação Vozes que comandam a ação Eco ou sonorização do pensamento Difusão do pensamento Roubo do pensamento Vivências de influência no plano corporal e do pensamento
CID-10	**DSM-IV**
Alteração das funções mais básicas que dão à pessoa senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesmo **Eco, inserção, irradiação** ou **roubo** do pensamento **Delírios de influência**, controle ou passividade **Vozes que comentam a ação** **Delírios persistentes culturalmente inapropriados** **Alucinações persistentes** de qualquer modalidade, sem claro conteúdo afetivo (não-catatímicas) **Interceptações** ou **bloqueios do pensamento** **Comportamento catatônico,** com flexibilidade cerácea, negativismo, mutismo, etc. **Sintomas negativos** (empobrecimento afetivo, autonegligência, diminuição da fluência verbal, etc.) Alteração significativa na qualidade global do comportamento pessoal, perda de interesse, retração social; os sintomas devem estar presentes por, pelo menos, um mês	Dois ou mais dos seguintes sintomas (de 1 a 5) devem estar presentes com duração significativa, por período de, **pelo menos, um mês**: 1. **Delírios** 2. **Alucinações** 3. **Discurso desorganizado** 4. **Comportamento amplamente desorganizado** ou catatônico 5. **Sintomas negativos** (embotamento afetivo, alogia, avolição) 6. **Disfunções sociais**, no trabalho e/ou no estudo, denotando perdas nas habilidades interpessoais e produtivas Duração dos **sintomas principais** (de 1 a 5) de, **pelo menos, um mês**, e do **quadro deficitário** (sintomas negativos, déficit funcional, etc.) **por, pelo menos, seis meses**

2. **Retração social**: o paciente vai se isolando progressivamente do convívio social.
3. **Empobrecimento da linguagem e do pensamento (alogia)**.
4. **Diminuição da fluência verbal**.
5. **Diminuição da vontade (avolição) e hipopragmatismo**, ou seja, dificuldade ou incapacidade de realizar ações, tarefas, trabalhos, minimamente organizados, que exijam o mínimo de iniciativa, organização e monitorização comportamental e persistência.
6. **Negligência quanto a si mesmo**, que se revela pelo descuido consigo mesmo, pela falta de higiene, por desinteresse em relação à própria aparência, própria saúde e vestimentas, etc.
7. **Lentificação e empobrecimento psicomotor** com restrição do repertório da esfera gestual e motora

O distanciamento e o embotamento afetivo, assim como a retração social, correspondem, até certo ponto, ao que Eugen Bleuler (1857-1939) denominou **autismo do esquizofrênico**. Para Bleuler, a síndrome autística da esquizofrenia inclui, além de dificuldade ou incapacidade de estabelecer contato afetivo com outras pessoas e retração do convívio social, inacessibilidade do mundo interno do paciente (em casos extremos, mutismo e comportamento negativista), atitudes e comportamentos rígidos, pensamento formalmente bizarro ou idiossincrático e perda de hierarquia em valores, objetivos e ambições (Parnas; Bovet, 1991).

Síndrome positiva ou produtiva (sintomas positivos)

Ao contrário dos sintomas negativos, que se manifestam pelas ausências e pelos déficits comportamentais, os sintomas ditos positivos são manifestações novas, floridas e produtivas do processo esquizofrênico. Os principais sintomas positivos das síndromes esquizofrênicas são:

1. **Alucinações**, ilusões ou pseudo-alucinações auditivas (mais freqüentes), visuais ou de outro tipo
2. **Idéias delirantes**, de conteúdo paranóide, auto-referente, de influência ou de outra natureza
3. **Comportamento bizarro**, atos impulsivos
4. **Agitação psicomotora**
5. **Idéias bizarras**, não necessariamente delirantes
6. Produções lingüísticas novas como **neologismos** e **parafasias**

Síndrome desorganizada, com predomínio de desorganização mental e comportamental

Esta síndrome corresponde, de alguma forma, ao subtipo classicamente denominado esquizofrenia hebefrênica. Assim, nas formas desorganizadas de síndrome esquizofrênica, temos:

1. **Pensamento progressivamente desorganizado**, de um leve afrouxamento das associações até a total desagregação e produção de um pensamento totalmente incompreensível
2. **Comportamentos desorganizados** e incompreensíveis, particularmente comportamentos sociais e sexuais inadequados, agitação psicomotora, vestimenta e aparência bizarras
3. **Afeto inadequado**, ambivalente; descompasso entre as esferas afetivas, ideativas e volitivas
4. **Afeto pueril,** paciente reage globalmente de forma infantil, "boboca"

TRANSTORNO DELIRANTE (PARANÓIA) E ESQUIZOFRENIA TARDIA (PARAFRENIA)

A paranóia caracteriza-se, portanto, por um delírio geralmente organizado e sistematizado, às vezes com temática complexa, que permanece como que "encistado", "cristalizado", em um domínio da personalidade do doente.

Uma forma de psicose bem conhecida dos clínicos é aquela que se caracteriza pelo surgimento e pelo desenvolvimento de um delírio ou sistema delirante com relativa preservação da personalidade e do resto do psiquismo do indivíduo acometido. A **paranóia** caracteriza-se, portanto, por um delírio geralmente organizado e sistematizado, às vezes com temática complexa, que permanece como que "encistado", "cristalizado", em um domínio da personalidade do doente, sem comprometer todo o resto. Ocorre em sujeitos com mais idade (geralmente após os 40 anos), e geralmente tem curso crônico e estável. O termo moderno transtorno delirante corresponde ao que Kraepelin denominava *paranóia* (que curiosamente, no linguajar popular, é usado como sinônimo de idéias de perseguição).

As **parafrenias** são formas de psicose esquizofreniforme, de aparecimento tardio, em que surgem delírios, em geral acompanhados de alucinações, mas nas quais, semelhantemente à paranóia, há relativa preservação da personalidade do doente. Alguns autores consideram a parafrenia uma forma tardia de esquizofrenia, surgindo comumente após os 45 ou 50 anos de idade (Howard; Almeida; Levy, 1994).

PSICOSES BREVES, REATIVAS OU PSICOGÊNICAS

A psiquiatria clínica registra alguns casos de pacientes com quadros psicóticos, esquizofreniformes ou não, de surgimento agudo, com remissão rápida (dias ou semanas) que não causam "seqüelas" no psiquismo do doente ou deterioração da personalidade. Um porcentagem desses casos (menos de 50%) surge após traumas psíquicos mais ou menos intensos, como um assalto, perder-se em uma floresta, um acidente de trânsito ou de trabalho, morte de parentes ou amigos queridos, etc.

Nesses casos, clinicamente predominam sintomas floridos, como idéias delirantes ou deliróides (em geral paranóides), alucinações visuais e/ou auditivas, intensa perplexidade, confusão mental, ansiedade acentuada e medos difusos. Pode confundir-se com transtorno de estresse pós-traumático ou com quadros graves de histeria (alguns denominam a ocorrência de sintomas psicóticos na histeria de "psicose histérica").

Nas psicoses reativas predominam sintomas floridos, como idéias delirantes ou deliróides (em geral paranóides), alucinações visuais e/ou auditivas, intensa perplexidade, confusão mental, ansiedade acentuada e medos difusos.

Há uma excelente coletânea que apresenta a história, o conceito e a descrição clínica das psicoses esquizofrênicas em Cutting e Shepherd (1987).

Questões de revisão

- Cite e descreva os sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider. Qual a sua importância clínica?
- Descreva os três subtipos de esquizofrenia: negativo, positivo e desorganizado.
- O que são o transtorno delirante (paranóia) e a psicose breve?

31

Síndromes de agitação e de estupor e lentificação psicomotoras

Os dois principais tipos de síndromes psicomotoras são as síndromes de agitação psicomotora e as síndromes de estupor e lentificação psicomotora.

SÍNDROMES DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA

Os quadros de agitação psicomotora são muito comuns nos serviços de emergência e representam considerável dificuldade diagnóstica e terapêutica (revisões em Tardiff, 1988; Tesar, 1993). Nessas síndromes, observam-se acentuada aceleração da esfera motora, aumento da excitabilidade e, além disso, o paciente anda de um lado para outro, gesticula, demonstrando inquietação constante. É comum estarem associados à agitação psicomotora sintomas como logorréia, insônia, irritabilidade, hostilidade e agressividade (Quadro 31.1).

Não é incomum encontrar, na sala de emergência, um paciente em franca agitação psicomotora, trazido por policiais ou transeuntes, sem que uma história pregressa possa ser colhida. Nesse sentido, faz-se necessária a rápida identificação de possíveis sinais e sintomas indicativos de uma ou outra nosologia específica. A seguir são apresentados os subtipos de síndromes de agitação psicomotora.

Não é incomum encontrar, na sala de emergência, um paciente em franca agitação psicomotora, trazido por policiais ou transeuntes, sem que uma história pregressa possa ser colhida.

Agitação maníaca

Nestes casos, muitas vezes há intensa agitação psicomotora, secundária a um marcante taquipsiquismo que domina o quadro. O indivíduo apresenta-se logorréico, inquieto, com idéias de grandeza e perda das inibições sociais. Pode apresentar-se arrogante e, eventualmente, irritado e agressivo.

Agitação paranóide

Aqui, a agitação psicomotora é secundária a vivências paranóides, como alucinações e idéias delirantes. O paciente apresenta-se muito desconfiado, atento a tudo, com o olhar assustado e fácies tensa, pronto a

Quadro 31.1
Algumas sugestões para a entrevista com paciente hostil ou agressivo

- Escolher, para entrevistar o paciente, ambiente seguro, com possibilidade de evasão ou pedido de ajuda a outras pessoas. O profissional não deve se arriscar, pois pode ser seriamente agredido.
- Lembrar que a atitude hostil do paciente é geralmente decorrente do transtorno; quase nunca é culpa de quem o está entrevistando pela primeira vez na vida.
- Com o paciente hostil e paranóide, convém assegurar-lhe que, na situação de entrevista, ele está protegido, seguro. Adotar atitude discreta, tranqüila, com simplicidade e serenidade.

se defender de supostas ameaças e possíveis agressões à sua pessoa. Eventualmente fica hostil e agressivo.

Agitação catatônica

É uma agitação impulsiva, com momentos inesperados de explosões agressivas e agitação intensa. Pode estar associada a idéias delirantes e alucinações, mas, em muitos casos, revela apenas as profundas alterações volitivas da esquizofrenia catatônica.

Agitação psico-orgânica (no *delirium*)

Nestes casos, verifica-se que o paciente, além de agitado e irritado, apresenta rebaixamento do nível de consciência, dificuldade em compreender o ambiente, desorientação temporoespacial, pensamento confuso e perplexidade. As agitações psicomotoras em quadros psico-orgânicos ocorrem com maior freqüência nas intoxicações (por cocaína, anfetamina, atropínicos, corticóides, alucinógenos, etc.), nas síndromes de abstinência (álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, etc.) e após trauma cranioencefálico.

Na agitação psico-orgânica, o paciente, além de agitado e irritado, apresenta rebaixamento do nível de consciência, dificuldade em compreender o ambiente e desorientação temporoespacial.

Agitação nas demências

Pacientes dementados (doença de Alzheimer, demência de Pick, demência vascular, etc.) freqüentemente apresentam quadros de agitação psicomotora, às vezes, intensos. Essas condições podem estar associadas a episódios paranóides, com muita desconfiança, medos difusos, sensação de que se está sendo roubado ou assaltado. Tais episódios ocorrem associados a reduções transitórias do nível de consciência com piora das capacidades cognitivas (já deterioradas) e dificuldade de compreender os estímulos ambientais.

Agitação nos quadros de retardo mental com transtornos de comportamento

Segundo Bastos (1997), o paciente com deficiência mental desenvolve temporariamente agitação psicomotora devido a dificuldades em compreender questões sutis e complexas relacionadas a normas e valores sociais. Nessas situações, vê-se constrangido, sem saber lidar com as dificuldades, desesperando-se e entrando em estado de agitação. Às vezes, chora, grita, faz birras, foge de casa, podendo mesmo apresentar-se heteroagressivo.

Agitação explosiva (associada a transtornos da personalidade)

Pacientes com transtornos da personalidade, do tipo explosivo, *borderline*, sociopá-

Pacientes com transtornos da personalidade, do tipo explosivo, *borderline*, sociopático, tendem a reagir a frustrações, às vezes mínimas, de forma explosiva e agressiva.

tico, tendem a reagir a frustrações, às vezes mínimas, de forma explosiva e agressiva. A agitação surge repentinamente e desaparece quando o indivíduo obtém o que quer. Alguns reagem de forma explosiva, quando frustrados ou contrariados, como um padrão comportamental repetitivo. Tal padrão muitas vezes encontra-se no ambiente familiar dessas pessoas, onde a reação explosiva e agressiva transformou-se em forma de comunicação e de obtenção do desejado.

Agitação histérica

Como nota Bastos (1997), esta agitação é mais teatral, demonstrativa, escandalosa. O indivíduo busca chamar a atenção, mobilizar as pessoas, estar no "centro do palco". As agitações histéricas surgem comumente como forma de lidar com frustrações e de obter coisas, tendo, portanto, também um sentido comunicativo.

Agitação ansiosa

Indivíduos em estado de ansiedade intensa, de angústia profunda, podem apresentar-se consideravelmente agitados, andando de um lado para outro, esfregando as mãos, roendo as unhas.

Indivíduos em estado de ansiedade intensa, de angústia profunda, podem apresentar-se consideravelmente agitados, andando de um lado para outro, esfregando as mãos, roendo as unhas. Mostram-se muito irritados e podem reagir de forma hostil e agressiva. De modo geral, a ansiedade vem associada a todos os estados de agitação. Nesse caso, porém, ela é o seu elemento central. Também podem apresentar agitação psicomotora pacientes com formas acentuadas de depressão ansiosa (denominada depressão agitada); nesses casos, o risco de suicídio deve ser sempre considerado.

Alterações da volição e homicídio

Embora o homicídio seja um fenômeno social complexo, ele tem certamente algumas implicações psicopatológicas. Cerca de um terço dos homicidas tem algum transtorno psiquiátrico (Sims, 1995). O homicídio praticado no contexto de um estado mental gravemente alterado ou intimamente relacionado ao transtorno mental do homicida é denominado **homicídio patológico**. Tal forma de homicídio é mais praticada por mulheres e ocorre com bastante freqüência no contexto de quadro depressivo grave, sendo as vítimas crianças, geralmente filhos das homicidas. Em depressões delirantes, pode ocorrer o chamado **homicídio piedoso**, no qual o homicida mata o filho para livrá-lo do enorme sofrimento que acredita que este padecerá ao longo de sua vida. Homicídios patológicos praticados por homens geralmente se associam ao diagnóstico de esquizofrenia e ocorrem no contexto de intensa atividade delirante paranóide; o indivíduo pratica um ataque homicida sobre o suposto perseguidor.

Freqüentemente, o homicida está alcoolizado no momento do crime (na Escócia, no caso de 58% dos homens e de 30% das mulheres) (Sims, 1995). Embora ainda seja questão polêmica, intoxicação com substâncias, como maconha, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, barbitú-

Freqüentemente, o homicida está alcoolizado no momento do crime.

ricos, etc., tem sido associada à atividade criminosa. Não são infreqüentes os diagnósticos de transtornos da personalidade (sociopática, *borderline*, etc.) e deficiência mental *borderline* ou leve entre os homicidas.

SÍNDROMES DE ESTUPOR E LENTIFICAÇÃO PSICOMOTORA

As síndromes de estupor e lentificação psicomotora incluem quadros de diferentes etiologias, com retardo psicomotor em graus variáveis, sintomas catatônicos e diferentes formas de estupor (revisão em Berrios, 1981).

De modo geral, a **síndrome do estupor** caracteriza-se pela recusa absoluta ou incapacidade do indivíduo de responder, reagir ou comportar-se de acordo com as solicitações do ambiente. Comumente o indivíduo em estupor está em mutismo (não se comunica verbalmente), restringe-se à sua cama ou a uma cadeira, não interage com as pessoas por meio da mímica, do olhar ou de gestos, recusa-se a alimentar-se, apresentando-se, no mais das vezes, com hipertonia generalizada (os músculos estão tensos, resistindo à mobilização passiva). **O estupor é um estado involuntário**, o indivíduo não se comporta assim por "birra" ou para obter algo. O indivíduo está como que "congelado" psiquicamente, não podendo reagir aos diversos estímulos ambientais. O estado de estupor denota uma profunda alteração da esfera volitiva.

Comumente o indivíduo em estupor está em mutismo (não se comunica verbalmente), restringe-se à sua cama ou a uma cadeira, não interage com as pessoas por meio da mímica, do olhar ou de gestos e recusa-se a alimentar-se.

Existem **quatro subtipos de estupor**, relacionados a quadros nosológicos específicos ou distintos mecanismos produtores.

Estupor catatônico (esquizofrênico)

No estupor catatônico, há, além do estado de estupor (mutismo, imobilidade, rigidez hipertônica), sintomas típicos, como flexibilidade cerácea (indivíduo permanece na posição em que é colocado), fenômenos em eco (ecolalia, ecopraxia, ecomimia), negativismo passivo ou ativo e, eventualmente, repentes abruptos de agitação e explosões agressivas (furor catatônico).

Estupor depressivo

Neste caso, tem-se um quadro de estupor secundário a um estado depressivo muito intenso. O indivíduo, além de estar em mutismo, imóvel, sem se alimentar, pode apresentar fácies triste e desanimada. Muitas vezes é difícil saber o estado afetivo do paciente durante o episódio de estupor. Apenas pela história da doença, ou retrospectivamente, após o indivíduo sair do quadro de mutismo, é que se tem acesso ao seu verdadeiro estado mental.

Estupor psicogênico (histérico, traumático, de choque psicológico, etc.)

Neste caso, observa-se um quadro de instalação geralmente agudo, com freqüência após trauma psíquico ou evento vital de importante significado para o indivíduo. O paciente encontra-se em mutismo e estado de choque emocional. O estupor psicogênico pode ser revertido pelo uso de benzodiazepínicos ou pela indução hipnótica (que neste caso tem também função diagnóstica). Além disso, pode assemelhar-se ao estupor catatônico ou depressivo, o

que, às vezes, torna difícil o diagnóstico diferencial.

Estupor orgânico

Decorre de um grande número de distúrbios neurológicos ou sistêmicos (metabólicos, eletrolíticos, endócrinos, neoplásicos, inflamatórios, etc.) que afetam o cérebro, de forma grave e, geralmente, difusa. No estupor orgânico, tem-se com freqüência alteração do nível de consciência, com sonolência, déficit de atenção e flutuação temporal. Verificam-se, além disso, **reflexos neurológicos primitivos**, indicativos de encefalopatia, como o *grasping*, o *snout* e reflexo palmomentual. Pode haver **hipotonia generalizada** (em vez de hipertonia, que é o estado mais comum no estupor). O eletrencefalograma pode revelar lentificação global.

Questões de revisão

- Cite e descreva as várias síndromes de agitação psicomotora.
- Comente os possíveis aspectos psicopatológicos do homicídio.
- Defina e descreva a síndrome de estupor e lentificação psicomotora.
- Descreva os subtipos de estupor (catatônico, depressivo, psicogênico e orgânico).

32

Síndromes relacionadas ao consumo de alimentos

O COMPORTAMENTO ALIMENTAR

O comportamento alimentar, apesar de sua aparente banalidade na vida cotidiana, é um fenômeno humano complexo e de importância central. Segundo Bernard e Trouvé (1976), o comportamento alimentar inclui algumas dimensões complementares:

- **Dimensão fisiológico-nutritiva**. Relaciona-se a aspectos metabólicos, endócrinos e neuronais, que regulam a demanda e a satisfação das necessidades nutricionais.
- **Dimensão psicodinâmica e afetiva**. Aqui, a fome e a alimentação vinculam-se à satisfação e ao prazer oral. O prazer alimentar oral tem, segundo a psicanálise, uma conotação nitidamente libidinal.
- **Dimensão relacional**. No desenvolvimento da criança, a boca é o mediador da primeira relação interpessoal; a relação mãe-bebê. A incorporação oral pode representar simbolicamente diversas coisas: o amor, a destruição, a conservação no interior do Eu e a apropriação das qualidades do objeto amado, etc. Por exemplo, alimentar seu filho, para a mãe, é muito mais que uma tarefa fisiológica, tem valor emocional especial, podendo exprimir afeto, aplacamento de sentimentos de culpa ou tentativa de "dar amor" que, às vezes, ela se sente incapaz de dar de outra forma.

A conduta alimentar é motivada conscientemente pelas sensações básicas de fome, sede e saciedade. Essas são geradas, controladas e monitoradas por diversas áreas do organismo: o hipotálamo (centro da saciedade) e várias estruturas límbicas e corticais.

Transtornos da alimentação

Anorexia nervosa

A anorexia nervosa caracteriza-se pela **perda de peso auto-induzida** por abstenção de alimentos que engordam ou por comportamentos como vômitos e/ou purgação auto-induzidos, exercício excessivo e uso de anorexígenos e/ou diuréticos (Fichter, 2005; Wilson; Shafran, 2005). Há uma **busca implacável de magreza** e o **medo intenso e mórbido de parecer ou ficar gorda(o)** (Nunes; Abuchaim, 1995).

Na anorexia nervosa, há uma busca implacável de magreza e o medo intenso e mórbido de parecer ou ficar gorda(o).

Quando a perda de peso é excessiva, ocorrem alterações endócrinas (amenorréia, hipercortisolemia, elevação do hormônio do crescimento e secreção anormal de insulina), metabólicas e eletrolíticas em conseqüência do grave estado nutricional (OMS, 1993). Caracteristicamente, o **peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado**.

Do ponto de vista psicopatológico, o que é característico da anorexia nervosa é a **distorção da imagem corporal**; apesar de muito emagrecida, a **paciente percebe-se gorda**, sente que algumas partes de seu corpo, como o abdome, as coxas e as nádegas estão "muito gordas". O pavor de engordar persiste como uma idéia permanente, mesmo estando a paciente com o seu peso bem abaixo do normal.

Não é incomum que a anorética apresente episódios de bulimia (comer compulsivo seguido de vômitos e/ou purgação). Ocorre mais comumente **em garotas adolescentes** e **mulheres jovens** (mais de 90% dos casos ocorrem no sexo feminino). Muitos casos iniciam-se com dietas, aparentemente inocentes, e evoluem para graves quadros anoréticos. Parece haver prevalência bem maior em sociedades industrializadas, ocidentais, nas quais, especialmente em relação às mulheres, ser atraente está ligado à magreza. Outro mecanismo envolvido parece ser a tentativa de controlar os conflitos (na área da sexualidade, relacionamento com os pais, etc.), por meio do controle do peso e da imagem corporal. A mortalidade é variável (em torno de 5%) devido a complicações cardiovasculares, hidroeletrolíticas, metabólicas e endocrinológicas.

Atualmente, reconhecem-se dois subtipos de anorexia nervosa (Keel; Fichter; Quadflieg, 2004): o **restritivo**, no qual a paciente torna-se e permanece anorética pela restrição de alimentos, podendo apresentar ou não sintomas obsessivo-compulsivos; e o **purgativo**, no qual, além de evitar ingerir alimentos calóricos, a paciente tem comportamentos ativos de perda de calorias, tais como vômitos auto-induzidos, exercícios excessivos e uso de laxantes.

Bulimia nervosa

A bulimia nervosa (BN) caracteriza-se por preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível de comida, sucumbindo a paciente a **repetidos episódios de hiperfagia** ("ataques" à geladeira, a uma sorveteria, etc.). Caracteriza-se ainda por preocupação excessiva com controle de peso corporal, levando a paciente a tomar medidas extremas, como vômitos, purgação, enemas e diuréticos, a fim de mitigar os efeitos do aumento de peso pela ingestão de alimentos (Mehler, 2003).

A paciente bulímica toma medidas extremas, como vômitos, purgação, enemas e diuréticos, a fim de mitigar os efeitos do aumento de peso pela ingestão de alimentos.

Os indivíduos com bulimia estão geralmente dentro da faixa de peso normal, embora alguns possam apresentar o peso levemente acima ou abaixo dessa faixa. O

comportamento purgativo pode produzir alterações hidroeletrolíticas (hipocalemia, hiponatremia e hipocloremia). A perda de ácido gástrico por meio dos vômitos pode ocasionar alcalose metabólica, e a freqüente indução de diarréia pelo abuso de laxantes pode causar acidose metabólica. O vômito recorrente pode acarretar perda significativa e permanente do esmalte dentário. Da mesma forma que a anorexia nervosa, a bulimia ocorre, em 90% dos casos, entre as mulheres, começando no final da adolescência ou no início da idade adulta.

Os indivíduos com bulimia nervosa tipicamente se envergonham de seus problemas alimentares e procuram ocultar seus sintomas. Há um sentimento de falta de controle. O **comer compulsivo** (*binge eating*) é um quadro próximo ao da bulimia, mas dela se diferencia pela ausência de vômitos e purgações auto-induzidas e por marcante sentimento de culpa ou desconforto após haver comido uma quantidade muito exagerada de alimentos em curto período de tempo.

Os indivíduos com bulimia nervosa tipicamente se envergonham de seus problemas alimentares e procuram ocultar seus sintomas. Há um sentimento de falta de controle.

Como a bulimia é um comportamento socialmente condenável, as pacientes costumam negar e esconder os sintomas. Para identificar pacientes com tal transtorno, usa-se a técnica do “exagero”, perguntando, por exemplo: Quantas vezes por dia você come demais e vomita depois? Quatro ou cinco vezes? Oito ou dez vezes? (Resposta: “Que é isso! Só uma ou duas vezes por dia.”).

Obesidade

A obesidade é uma condição complexa, determinada por fatores genéticos, desenvolvimento psicológico, família e cultura. É mais freqüente em indivíduos de baixo nível socioeconômico, mulheres, socieda-

Quadro 32.1
Níveis de obesidade segundo o índice de massa corporal e a porcentagem do peso esperado

Tipo de transtorno	% de peso esperado	Índice de massa corporal*(kg/m²)
Anorexia nervosa	< 15%	< 17,5
Magreza	< 10%	< 19
Normal	–	19 a 25
Sobrepeso	> 10%	26 a 30
Obesidade leve	> 20%	31 a 35
Obesidade moderada		36 a 40
Obesidade mórbida		> 40

*O índice de massa corporal, como apresentado aqui, não se aplica a crianças e adolescentes.

des industrializadas e urbanas e culturas nas quais a atividade física não é predominante (Wadden, 1995).

Tem havido um aumento da ordem de 30% no número de indivíduos obesos, tanto em países desenvolvidos como em subdesenvolvidos. Calcula-se que cerca de 4 a 8% da verba destinada à saúde é gasta com problemas gerados ou associados direta ou indiretamente pela/com a obesidade. Segundo Halpern (1998), a obesidade tem grande importância médica, pois associa-se a taxas elevadas de:

Calcula-se que cerca de 4 a 8% da verba destinada à saúde é gasta com problemas gerados ou associados direta ou indiretamente pela/com a obesidade.

- **Morbidade**. Por exemplo, diabete melito tipo 2, dificuldade no controle da hipertensão, aumento de triglicérides e colesterol, apnéia do sono, hiperandrogenismo, irregularidades menstruais e infertilidade na mulher e diminuição dos níveis de testosterona nos homens, problemas ortopédicos e dermatológicos, etc.
- **Mortalidade**. Ocorre por distúrbios cardiovasculares, respiratórios e endócrinos, assim como pelo risco aumentado de tumores de mama, útero, ovário, próstata, intestino grosso e vias biliares.

Um dos pontos fundamentais da obesidade é a **disfunção dos mecanismos de saciedade** no obeso. De modo geral, o obeso não come predominantemente de forma precipitada ou voraz; ele come de forma contínua enquanto houver comida disponível; ele não é capaz de parar de comer. O obeso é muito sensível a assuntos alimentares e preocupado com a comida, com os diferentes sabores dos alimentos, com a sua disponibilidade e a sua aparência, etc.

Perfil e problemas emocionais do obeso

Embora haja muita controvérsia sobre se há de fato um perfil constante de personalidade no obeso, classicamente ele foi descrito, do ponto de vista emocional, como **imaturo** e **muito sensível à frustração**. Seria um indivíduo que recorre à comida como **forma de compensação do afeto de que carece** e que sente que nunca o recebe de forma adequada. Também se descreve o obeso como alguém que tem sexualidade fortemente reprimida, ou que utiliza a obesidade como **defesa contra os impulsos sexuais**. Outro aspecto recairia na utilização da obesidade como defesa contra a depressão (alguns obesos, ao contrário do esperado, ficam deprimidos após emagrecerem), como busca mágica de força e potência ou como forma de distanciar-se dos outros. Deve ser, entretanto, enfatizado que tais mecanismos, embora encontrados em alguns indivíduos obesos, não podem ser generalizados.

Pessoas obesas comem em excesso quando se sentem mal emocionalmente (mas indivíduos não-obesos também o fazem!). Não é raro o fenômeno de obesos emagrecerem muito quando se apaixonam e encontram um parceiro amado, voltando a engordar quando o perdem. De modo geral, os obesos moderados e graves têm a auto-estima muito baixa; sentem seus corpos feios e repugnantes e acham que as outras pessoas os encaram com desprezo e rejeição.

Um ponto relevante é que os obesos têm dificuldade em diferenciar a fome de sensações desagradáveis, desconforto, ansiedade e disforias de modo geral. Todo mal-estar logo é falsamente percebido como fome.

Um ponto relevante é que os obesos têm dificuldade em diferenciar a fome de sensações desagradáveis, desconforto, ansiedade e disforias de modo geral. Todo mal-estar logo é falsamente percebido como fome.

Questões de revisão

- Cite as três dimensões do comportamento alimentar.
- Defina anorexia nervosa, seus principais aspectos psicopatológicos e os dois subtipos clínicos.
- Descreva a bulimia nervosa e o comer compulsivo.
- Qual é a dificuldade dos obesos em relação a fome e sensações desagradáveis?

33

Síndromes relacionadas a substâncias psicoativas

Os quadros de intoxicação, abuso e dependência de álcool e outras substâncias psicoativas caracterizam-se por uma forma particular de relação entre os seres humanos e as substâncias químicas que apresentam ação definida sobre o sistema nervoso central (SNC) e, conseqüentemente, sobre o psiquismo (Meyer, 1996; Camí; Farré, 2003).

Uma **substância psicoativa** é qualquer substância química que, quando ingerida, modifica uma ou várias funções do SNC, produzindo efeitos psíquicos e comportamentais. São substâncias psicoativas: álcool, maconha, cocaína, café, chá, diazepam, nicotina, heroína, etc. As substâncias psicoativas produzem, de modo geral, uma **sensação de prazer ou excitação**, cuja correspondência cerebral está vinculada às chamadas áreas de recompensa do cérebro, como o *nucleus accumbens*, a área tegumentar e o *locus ceruleus* (Sadock; Sadock, 2007).

Uma substância psicoativa é qualquer substância química que, quando ingerida, modifica uma ou várias funções do SNC, produzindo efeitos psíquicos e comportamentais.

As teorias sobre adicção ou dependência de substâncias psicoativas versam a respeito desde possíveis mecanismos neurobiológicos, teorias de comportamento aprendido e mecanismos de memória até teorias psicodinâmicas, psicossociais, sociológicas e antropológicas (Camí; Farré, 2003).

A **intoxicação** é definida como uma síndrome reversível específica (alterações comportamentais ou mentais, como prejuízo do nível de consciência e outras alterações cognitivas, beligerância, agressividade e/ou humor instável) causada por substância psicoativa recentemente ingerida. O **abuso** de substâncias psicoativas ocorre quando há uso recorrente ou contínuo de uma substância psicoativa, uso este que é lesivo ou mal-adaptativo (levando a prejuízos ou sofrimento clinicamente significativos). Tal uso produz prejuízos ao sujeito em sua vida familiar, no trabalho ou na escola (ausência ao trabalho, fracasso

O **abuso** de substâncias psicoativas ocorre quando há uso recorrente ou contínuo de uma substância psicoativa, e esse uso leva a prejuízos ou sofrimento.

escolar, brigas familiares, etc.). Também ocorre de forma recorrente em situações nas quais há perigo para a integridade física do sujeito (dirigir veículos, ter atividade sexual com desconhecido, operar máquinas, etc.) e pode implicar problemas legais (Sadock; Sadock, 2007). O conceito de **uso nocivo** de uma substância psicoativa é mais restrito que o de abuso. Refere-se a um padrão de uso que causa dano à saúde física (esofagite ou hepatite alcoólica, bronquite por tabagismo) ou mental (depressão associada a pesado consumo de álcool) (OMS, 1993).

Fissura (correspondente ao *craving*, em inglês) é o termo que se dá ao desejo intenso de usar uma substância. E *binge* é o episódio de uso intenso e compulsivo.

Fissura (correspondente ao ***craving***, em inglês) é o termo que se dá ao desejo intenso de usar uma substância. Essa palavra (fissura) era utilizada apenas pelos usuários de substâncias, mas atualmente foi incorporada pela terminologia técnica. Com o termo ***binge***, descrevem-se os episódios de uso intenso e compulsivo de uma substância (Ribeiro; Andrade, 2007).

A **tolerância** refere-se à diminuição do efeito de uma substância após repetidas administrações. O organismo passa a necessitar de quantidades cada vez maiores da substância para que se obtenha o mesmo nível inicial de seu efeito. As substâncias que produzem tolerância tendem a gerar mais dependência física; entretanto, há substâncias químicas que produzem rápida tolerância (como o LSD), mas que não ocasionam dependência física significativa.

A **síndrome de abstinência** é o conjunto de sinais e sintomas que ocorrem horas ou dias após o indivíduo cessar ou reduzir a ingestão da substância que vinha sendo consumida geralmente de forma pesada e contínua (APA, 2002). Para cada substância ou grupo de substâncias, há diferentes sinais e sintomas de abstinência; no entanto, observam-se com certa freqüência os seguintes sintomas gerais de abstinência: ansiedade, inquietação, náuseas, tremor, sudorese, podendo, nos casos muito graves, ocorrer convulsões, coma e morte.

A **dependência** a substâncias psicoativas é definida como um padrão mal-adaptativo de uso de substâncias em que há repercussões psicológicas, físicas e sociais que resultam da interação entre o ser humano e uma substância psicoativa. Além de tais repercussões, a dependência inclui fenômenos como a **tolerância**, sintomas de **abstinência**, **uso contínuo** ou muito freqüente de quantidades significativas da substância (geralmente maiores que as pretendidas pelo sujeito). Há, na dependência, um **grande envolvimento** do sujeito **com a substância**; ele gasta muito tempo (e interesse afetivo) em atividades que implicam a obtenção ou o consumo da substância. Tipicamente o sujeito estreita seu repertório de interesses, abandonando outras atividades sociais, pessoais e ocupacionais que não envolvam o consumo. Finalmente, na dependência, embora o indivíduo possa ter consciência (mesmo que apenas parcial) dos problemas físicos, psicológicos e sociais que a substância produz em sua vida, o uso permanece contínuo (APA, 2002).

Há, na dependência, um grande envolvimento do sujeito com a substância; ele gasta muito tempo (e interesse afetivo) em atividades que implicam a obtenção ou o consumo da substância.

A **dependência física** é um estado de adaptação do corpo manifestado por distúrbios físicos quando o uso da substância é interrompido. Um dos indicativos da dependência física é a ocorrência de tolerância e a síndrome de abstinência que surge quando o dependente fica sem usar a substância. A **dependência comportamental**

ou psíquica (muitas vezes chamada de **habituação**) constitui uma compulsão ao uso da substância, buscando o indivíduo a obtenção de prazer ou a diminuição de desconforto. Quando o indivíduo não obtém a substância, experimenta ansiedade, desconforto geral, raiva, insônia, etc. Atualmente, a distinção rígida entre dependência física e comportamental é cada vez mais criticada como excessivamente artificial (Sadock; Sadock, 2007).

INÍCIO E DESENVOLVIMENTO DO ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

Não há uma razão única que explique, para todas as pessoas, por que se passa a abusar de substâncias (Dawes et al., 2000). Entretanto, para muitos adolescentes, verifica-se que o início do abuso de substâncias está relacionado aos seguintes fatores: curiosidade, excitação por estar fazendo algo ilegal, secreto, convivência e pressão de pares ou companheiros que já fazem uso da substância, aceitação do grupo, sensação de fazer parte de uma subcultura, expressão de hostilidade e independência em relação aos pais e aos professores, para reduzir sensações desagradáveis (tensão, ansiedade, solidão, tristeza, sensação de impotência, etc.).

Desenvolvimento da dependência de substâncias psicoativas

Quando a dependência de substância começa a se desenvolver é comum (principalmente para aquelas que envolvem o mecanismo de tolerância) que o indivíduo aumente as doses e a freqüência das tomadas. A maioria dos dependentes aumenta a dose da substância até chegar a um *plateau*. Com freqüência, há períodos de aumento e de diminuição, assim como de abstinências e recaídas.

Com o desenvolvimento da dependência, ocorre, principalmente para as substâncias ilegais, aumento da preocupação e de atitudes que visam a sua aquisição. Vai se intensificando uma redução dos interesses do indivíduo por questões não relacionadas à substância (**redução do repertório**), passando o sujeito a dedicar todo o seu tempo e sua energia para localizá-la, adquiri-la e consumi-la. Essa **obsessão pela substância** o leva a negligenciar outros aspectos de sua vida e a desinteressar-se por assuntos e pessoas que antes lhe despertavam atenção e interesse (Frances; Franklin, 1989).

A **diminuição da auto-estima** é um ponto importante da síndrome de dependência de substâncias psicoativas. Ela ocorre associada com redução dos interesses, deterioração dos cuidados consigo mesmo, perda de vínculos sociais (que não relacionados à substância) e envolvimento com atividades criminosas para obtê-la. Essa diminuição da auto-estima relaciona-se também com perda do auto-respeito, sentimentos de vazio e de solidão e depressão. Alguns dependentes tornam-se desnutridos, descuidam-se do vestuário, da higiene e dos dentes e têm vida sexual promíscua (que é um fator importante para a contaminação por doenças como a AIDS e a sífilis). Assim como o envolvimento com a substância acaba por tornar-se compulsório, o processo de recuperação implica envolver-se afetivamente em outras atividades e desenvolver relações afetivas com pessoas significativas, reconquistando, assim, a auto-estima (Alverson; Alverson; Drahe, 2000).

> A diminuição da auto-estima é um ponto importante da síndrome de dependência de substâncias psicoativas.

De particular interesse à psicopatologia é a diferenciação entre as psicoses tóxicas, as psicoses induzidas por substâncias e as psicoses funcionais (esquizofrenias, psicoses afetivas, etc.) desencadeadas por substâncias.

De particular interesse à psicopatologia é a diferenciação entre as psicoses tóxicas, as psicoses induzidas por substâncias e as psicoses funcionais (esquizofrenias, psicoses afetivas, etc.) desencadeadas por substâncias. Denominam-se **psicoses tóxicas** aqueles quadros psicóticos causados diretamente pela ação da substância sobre o cérebro. São quadros de curta duração (horas ou, no máximo, dias), que remitem à medida que a substância desaparece do sistema nervoso. Esses quadros geralmente incluem rebaixamento do nível de consciência, confusão mental, ilusões e alucinações visuais (com menos freqüência auditivas), medo e perplexidade. As substâncias que com mais freqüência produzem esses quadros tóxicos são os alucinógenos (LSD, psilobicina, etc.) e as anfetaminas. A cocaína e a maconha (em altas doses) também podem, eventualmente, ocasionar psicoses tóxicas.

As **psicoses induzidas por substâncias** duram dias ou, no máximo, semanas. Ocorrem geralmente após períodos de uso intenso. Podem se manifestar como quadros paranóides, quadros maniatimorfos, esquizofrenimorfos ou polimorfos. São normalmente causadas por cocaína (pó inalado ou injetado ou o *crack* fumado), anfetamínicos, alucinógenos e, mais raramente, maconha.

A diferenciação em relação às **psicoses funcionais** (desencadeadas pelo abuso de substâncias) pode ser difícil, justificando a psicose funcional (esquizofrenia, psicose afetiva, etc.) a duração mais prolongada do quadro psicótico (mais de um mês), a ocorrência, no futuro, de episódios psicóticos independentes da exposição à substância, e, no caso da esquizofrenia, a presença de sintomas residuais deficitários (retraimento social, distanciamento afetivo ou afeto incongruente, hipopragmatismo, etc.), mesmo meses depois de passado o quadro psicótico agudo. Nas últimas décadas, uma série de estudos tem indicado relação consistente entre o uso de maconha em adolescentes e o maior risco de desenvolver psicoses funcionais como a esquizofrenia (Arseneault; Cannon; Poulton, 2002; Thirthalli; Benegal, 2006). Além disso, o uso contínuo de maconha em adultos tem sido associado de forma também consistente a prejuízos cognitivos, como dificuldades de memória, atenção e aprendizado (Solowij; Stephens; Roffman, 2002; Pope, 2002).

Nas últimas décadas, uma série de estudos tem indicado relação consistente entre o uso de maconha em adolescentes e o maior risco de desenvolver psicoses funcionais como a esquizofrenia.

ALCOOLISMO OU SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

Bebidas alcoólicas têm sido utilizadas pelos seres humanos desde o início da história (Room; Babor; Rehm, 2005). O abuso e a dependência de álcool, que ganhou proporções epidêmicas nos últimos séculos, têm algumas particularidades relevantes, dignas de serem aqui discutidas. O álcool é uma substância que produz, ao longo dos anos, significativa tolerância e dependência física. O abuso do álcool caracteriza-se por um padrão patológico de ingestão repetitiva de bebidas alcoólicas (padrão mais qualitativo que quantitativo),

O álcool é uma substância que produz, ao longo dos anos, significativa tolerância e dependência física.

ocorrendo repercussões sobre a saúde física, sobre o bem-estar psicológico e sobre o funcionamento familiar e profissional (Ramos; Bertolote, 1997).

Já a **síndrome de dependência de álcool (SDA)** é definida como um estado psíquico e físico resultante da ingestão repetitiva de álcool, incluindo a **compulsão para ingerir bebidas alcoólicas** de modo contínuo ou periódico, havendo a **perda do controle**. O fenômeno de tolerância geralmente está presente. Os aspectos característicos da SDA são:

1. **Empobrecimento do repertório**. O padrão de ingestão de álcool é cada vez mais estereotipado e repetitivo.
2. **Relevância da bebida**. O indivíduo não obtém gratificação de outras fontes, apenas do álcool.
3. **Aumento da tolerância ao álcool**. A tolerância é cada vez maior, podendo diminuir nas fases terminais do alcoolismo.
4. **Sintomas repetitivos de abstinência**. O indivíduo vai acrescentando ao seu *curriculum* os vários episódios de abstinência ao álcool ou mesmo de *delirium tremens*.
5. **Esquiva ou busca de alívio para os sintomas de abstinência**. O indivíduo passa a apresentar o comportamento de beber logo pela manhã para aliviar o desconforto de uma abstinência incipiente.
6. **Compulsão para beber**. É entendida como sinônimo de perda do controle. Para Jellinek (1960), era o elemento central do alcoolismo.
7. **Reinstalação mais rápida da tolerância após a abstinência**. O fenômeno de tolerância, que inicialmente demora anos para se instalar, pode reinstalar-se com muita rapidez em alcoolistas após meses de abstinência.
8. **Negação**. O alcoolista crônico, embora muitas vezes já se apresente gravemente comprometido pelo uso regular do álcool, tanto do ponto de vista físico como psicossocial, nega terminantemente que o álcool seja um problema em sua vida, que abusa do álcool, que não consegue parar de beber, que é dependente e que perdeu o controle sobre o seu padrão de ingesta (Duffy, 1995).

Para Sonenreich (1971), o **alcoolismo** deve ser definido como a **perda da liberdade de escolher entre beber e não beber**, assim como com quem e onde beber. Há certa concordância de que o alcoolismo deva ser diagnosticado com base em três dimensões:

O alcoolismo deve ser definido como a perda da liberdade de escolher entre beber e não beber, assim como com quem e onde beber.

1. **Dimensão física**. Verificam-se aqui as alterações de saúde física decorrentes do uso repetitivo do álcool, produzindo, por exemplo, gastrite, esofagite, hepatite, pancreatite, cirrose, neuropatia periférica, síndrome de abstinência ao álcool, *delirium tremens*, síndrome de Wernicke-Korsakoff, alterações cognitivas e demência alcoólica, etc.
2. **Dimensão psicológica**. Irritabilidade, ansiedade, depressão, agressividade, insônia, perda de auto-estima, etc.
3. **Dimensão social**. Problemas no relacionamento matrimonial e familiar, dificuldades no trabalho e nos estudos (faltas, acidentes, desemprego, etc.), acidentes de trânsito, problemas legais, desmorali-

zação, perda de crítica e julgamento moral, isolamento social, etc.

O *delirium tremens* é uma forma grave de síndrome de abstinência ao álcool.

Alguns quadros psicopatológicos característicos ocorrem em associação com a SDA. Dignos de nota são o ***delirium tremens***, a **alucinose alcoólica**, o **delírio de ciúmes dos alcoolistas** e a **embriagues patológica**.

O ***delirium tremens*** é uma forma grave de síndrome de abstinência ao álcool, em que ocorrem, além dos sintomas clássicos do *delirium* (rebaixamento do nível de consciência, confusão mental, desorientação temporoespacial, etc.), intensas manifestações autonômicas (como tremores, febre, sudorese profusa, etc.), ilusões e alucinações visuais e táteis marcantes, principalmente com insetos e pequenos animais (zoopsias).

A **alucinose alcoólica** pode ocorrer durante a síndrome de abstinência, mas é mais comum em períodos independentes dela, estando o indivíduo sóbrio (com o

Quadro 33.1

Itens a serem avaliados na história de pacientes com abuso e/ou dependência de substâncias

Abordagem inicial do paciente com dependência ou abuso
Pode-se usar a técnica "do exagero" na pergunta, a fim de facilitar uma resposta correta: Quanto o senhor bebe de destilado (cachaça, *whisky*) por dia? Chega a uma garrafa? Uma garrafa e meia? (Resposta: "Não! O que é isso? É só meia garrafa por dia; só nos fins de semana chega a uma inteira.")
Problemas atuais
– Queixa principal e história do problema atual – Sinais e sintomas psiquiátricos atuais – Sinais e sintomas médicos atuais – Revisão de sintomas relacionados ao abuso de substâncias psicoativas para todos os tipos de substâncias que o indivíduo já utilizou – Datas da primeira vez que usou, do uso regular, do uso pesado, do maior período de sobriedade – Em relação às substâncias que o paciente vem utilizando ultimamente, averiguar: quantidade, freqüência, vias de administração, padrão de uso, circunstância de uso, reações ao uso – Fatores de risco e de contenção para o consumo (como precipitantes emocionais)
Histórico
– História médica, história de uso de medicamentos – Testagem para HIV e sífilis – História de tratamentos passados para abuso e dependência de substâncias, respostas aos tratamentos – História familiar, incluindo a história de abuso de substâncias – História psiquiátrica e história de vida
Avaliação psicológica, psicossocial e sociocultural
– Avaliação do padrão de relações interpessoais e da dinâmica familiar – Avaliação da rede de contatos sociais, do "subgrupo" cultural ao qual o paciente pertence, valores ("ethos") do grupo, etc. – História legal (brigas, roubos, problemas com a polícia, processos, prisões, crimes cometidos, etc.)

sensório claro) ou alcoolizado. Caracteriza-se por alucinações audioverbais de vozes que, tipicamente, falam do paciente na terceira pessoa (“O João é mesmo um sem-vergonha, um frouxo”, etc.) ou falam com ele humilhando-o, desprezando-o. O alcoolista pode ou não ter crítica de tal experiência. A alucinose alcoólica pode durar apenas horas ou dias, mas também pode persistir por meses e até algum tempo mesmo após o paciente haver parado de beber.

O **delírio de ciúmes dos alcoolistas** é também bastante típico. Em geral o indivíduo passa a acreditar plenamente no fato de que sua esposa ou companheira o trai de modo vil, com muitos homens, com seu melhor amigo, com toda a vizinhança, etc. Sente-se profundamente humilhado com tal “traição”. Muitas vezes esse delírio se insere em uma dinâmica social e conjugal particular. O paciente, já dependente do álcool há meses ou anos, perdeu seu interesse afetivo e sexual pela esposa (afinal, sua “paixão” é o álcool); também pode apresentar dificuldades para a ereção (neuropatia alcoólica); é hostilizado pela esposa, pois com freqüência a agride verbal ou fisicamente; perdeu seu emprego; está desmoralizado diante dos filhos e dos amigos. Nesse contexto, portanto, o delírio de ciúmes ganha um sentido psicológico, pelo menos em parte, compreensível. Não é raro que tal delírio termine com o homicídio da mulher e/ou com o suicídio do alcoolista.

A **embriaguez patológica (intoxicação idiossincrática, *mania à potu*)**, embora descrita há muito tempo, desperta controvérsias conceituais e não é aceita por todos. A compreensão de seus possíveis mecanismos também é ainda precária. Caracteriza-se por uma resposta paradoxal, intensa, à **ingestão de pequena quantidade de álcool**. O paciente torna-se muito excitado, violento, às vezes paranóide e mesmo homicida (“fúria alcoólica”). Tal agitação surge de forma inexplicável, dura várias horas, é seguida de exaustão e termina comumente com sono profundo e amnésia posterior em relação ao evento. O quadro costuma ocorrer entre indivíduos que revelam pouca capacidade para lidar com seus impulsos agressivos, em pacientes alcoolistas e epilépticos simultaneamente e, presume-se, em indivíduos propensos a episódios de hipoglicemia (que favoreceriam uma resposta agitada e agressiva).

Há uma tendência, nas últimas décadas, a expandir-se a noção de dependência química para outras dependências (como jogo, sexo, compras, internet, etc.). Infelizmente, não há espaço aqui para serem abordadas essas outras formas de dependência (ver Razzouk, 1998; Silveira; Vieira; Palomo, 2000; Tavares, 2000).

Há uma tendência, nas últimas décadas, a expandir-se a noção de dependência química para outras dependências (como jogo, sexo, compras, internet, etc.).

Questões de revisão

- Descreva e diferencie: intoxicação, abuso, fissura, *binge*, tolerância, síndrome de abstinência e dependência.
- O que leva alguns adolescentes a abusar de substâncias?
- Descreva o desenvolvimento da dependência de substâncias.
- Defina psicoses tóxicas, psicoses induzidas e psicoses funcionais desencadeadas por substâncias.
- Descreva as características da síndrome de dependência de álcool.
- Defina e descreva: *delirium tremens*, alucinose alcoólica, delírio de ciúmes dos alcoolistas e embriaguez patológica.

34

Síndromes relacionadas à sexualidade

O que será que me dá
Que me queima por dentro, será que me dá
Que me perturba o sono, será que me dá
Que todos os tremores me vem agitar
Que todos os ardores me vem atiçar
Que todos os suores me vem encharcar
Que todos os meus nervos estão a rogar
Que todos os meus órgãos estão a clamar
E uma aflição medonha me faz implorar
O que não tem vergonha, nem nunca terá
O que não tem governo, nem nunca terá
O que não tem juízo

Chico Buarque de Hollanda
*(*O que será. *À flor da pele, 1976)*

A SEXUALIDADE HUMANA

A sexualidade, desejo fundamental do ser, ocupa um lugar central em nossa condição existencial. Ela compreende três dimensões básicas: uma biológica, uma psicológica e outra cultural (Basson, 2006).

A dimensão biológica corresponde ao impulso sexual (Federman, 2006), determinado por processos fisiológicos, cerebrais (principalmente o córtex do cíngulo, a área septal, o hipotálamo, o hipocampo e a amígdala) e hormonais (sobretudo a testosterona, a vasopressina e a oxitocina e o neurotransmissor dopamina). A dimensão psicológica diz respeito aos desejos eróticos subjetivos e à vida afetiva intimamente implicada na vida sexual. Por fim, a dimensão sociocultural se refere aos padrões de desejos, comportamentos e fantasias sexuais criados e sancionados historicamente pelas diversas sociedades e grupos sociais (Gregersen, 1983). Entretanto, há uma tendência a se considerar as origens biológicas, psicológicas e socioculturais do impulso e da resposta sexual como separações artificiais. Todas essas dimensões são, de fato, inseparáveis e ocorrem de forma

Há uma tendência a se considerar as origens biológicas, psicológicas e socioculturais do impulso e da resposta sexual como separações artificiais. Todas essas dimensões são, de fato, inseparáveis.

conjunta, tanto nos processos e nas respostas normais como nas disfunções (Basson; Schultz, 2007).

O **impulso sexual**, no plano biológico, visa a procriação e manutenção da espécie. As dimensões psicológicas e culturais dizem respeito ao **desejo erótico**, às fantasias sexuais e à dimensão subjetiva de prazer que a vida sexual pode produzir. Enquanto o impulso sexual é relativamente restrito em seu repertório, pois se sustenta sobre aspectos instintivos e biológicos que têm um fim bem-determinado (a reprodução), o desejo erótico é extremamente plástico, comportando uma infinidade de variações. Assim, a vida sexual é extremamente **vinculada à vida afetiva** do sujeito, **à personalidade** total e **aos símbolos culturais** que geram e conformam as fantasias e práticas sexuais mais variadas (Gregersen, 1983).

A vida sexual é extremamente vinculada à vida afetiva do sujeito, à personalidade total e aos símbolos culturais que geram e conformam as fantasias e práticas sexuais mais variadas.

Segundo Carmelo Monedero (1973), a sexualidade não é uma simples tensão orgânica anônima. Muito pelo contrário, toda a vivência humana está carregada de intencionalidade, de desejos que buscam a satisfação. A forma específica, diz ainda Monedero, pela qual cada um realiza a sua sexualidade é também característica de sua existência no mundo. Portanto, para ele, a sexualidade é um daqueles terrenos, um daqueles palcos, onde se lançam e ganham vida todos os conflitos e as peculiaridades dos seres humanos.

Alguns aspectos do comportamento sexual da população são apresentados no Quadro 34.1

Fases do ciclo sexual

Atualmente, costuma-se estudar a sexualidade humana discriminando-se quatro fases distintas do ciclo sexual: fase do desejo sexual, fase de excitação, orgasmo e fase de resolução (Sadock; Sadock, 2007).

A **fase do desejo sexual** é a mais complexa do ponto de vista psicológico, a menos fisiológica, pois depende do mundo das fantasias eróticas, das representações sociais e dos símbolos culturais relacionados à sexualidade (Kaplan, 1983). Apesar disso, o desejo sexual tem também um componente biológico, influenciado por fatores hormonais e neuronais (Basson; Schultz, 2007). Na fase do desejo, o indivíduo pode já ter sensações físicas relacionadas à atração que uma pessoa ou um objeto lhe desperta. Parece que o desejo sexual do homem responde mais a estímulos visuais; nas mulheres, é afetado por fatores afetivos e não necessariamente "sensoriais"; tal diferença relaciona-se mais a fatores culturais que a fatores biológicos.

O desejo sexual do homem responde mais a estímulos visuais; nas mulheres, é afetado por fatores afetivos e não necessariamente "sensoriais".

A **fase da excitação** é a etapa inicial da relação sexual propriamente dita, com modificações corporais preparatórias do intercurso sexual. O homem apresenta vasodilatação reflexa e preenchimento sangüíneo dos corpos cavernosos penianos, aumento do saco escrotal e do tamanho do pênis. Pela uretra, começa a ser expelido um líquido lubrificante que facilita a penetração. Na mulher, ocorre congestão sangüínea, aumento do volume dos genitais externos e do tamanho do clitóris (semelhante à ereção do pênis), secreção de um líquido lubrificante da vagina, preparando-a para receber o pênis. Os mamilos em ambos os sexos tornam-se eretos, mas de forma mais intensa nas mulheres.

A excitação aumenta no homem pelo toque do pênis. As mulheres, por sua vez, podem sentir-se excitadas pelo toque dos

Quadro 34.1
Resumo de alguns dados sobre comportamento sexual da população nos Estados Unidos e no Brasil

Estados Unidos (Seidman; Rieder, 1994; Sadock, 1995)	Brasil (Datafolha, 1998, 2.054 pessoas em 94 municípios, entrevistadas anonimamente, faixa etária de 18 a 60 anos)
– **Freqüência:** Menos de 8% dos norte-americanos fazem sexo mais de quatro vezes por semana, sendo que 66% fazem sexo algumas vezes por mês ou menos, e 10%, poucas vezes ao ano. A média semanal é de, aproximadamente, 1 a 3 vezes por semana.	– **Freqüência:** Dezoito por cento dos brasileiros fazem sexo todos os dias, 47% pelo menos uma vez por semana, 13% pelo menos uma vez por mês, 2% algumas vezes ao ano e 6% não têm relações sexuais.
– Entre os homens (casados), 95% têm sempre **orgasmo** nas relações sexuais (RS); entre as mulheres casadas, 75% (entre as solteiras, 62%) afirmam ter sempre o orgasmo nas RS.	– Entre os homens, 61% têm sempre **orgasmo**; e 31% das mulheres têm sempre orgasmo. Já 7% dos homens e 16% das mulheres raramente têm ou nunca têm orgasmo.
– Oitenta e cinco por cento das mulheres e 75% dos homens afirmam ser **fiéis** aos seus parceiros. O número médio de **parceiros** durante a vida para o homem é seis, e para a mulher, dois.	– Oitenta e um por cento das mulheres e 63% dos homens têm **parceiro fixo**.
– Vinte e cinco por cento dos homens e 10% das mulheres se **masturbam** pelo menos uma vez por semana.	– Vinte e seis por cento dos homens e 11% das mulheres se **masturbam** todos os dias ou, pelo menos, uma vez por semana.
– De 9 a 20% dos homens e 5% das mulheres já tiveram **relações homossexuais**. A porcentagem de indivíduos que afirmam ser homossexuais fica em 2,8% entre os homens e em 1,4% entre as mulheres.	– Quatorze por cento dos homens e 5% das mulheres já tiveram **relações homossexuais**.
– Vinte e cinco por cento dos heterossexuais já praticaram sexo anal. Já 83% dos homens e 78% das mulheres relatam que o **melhor do sexo** é o coito vaginal.	– Cinqüenta e três por cento dos brasileiros praticam **sexo oral**; e 39%, **sexo anal**.
– Em média, os homens tiveram **a primeira relação** com 16,5 anos; e as mulheres, com 17,5 anos.	– Em média, os homens tiveram a sua **primeira relação sexual** aos 15 anos; e as mulheres, aos 18 anos. O ato sexual do brasileiro tem a **duração média** de 36 minutos. Os espíritas kardecistas compõem o **grupo religioso** mais liberal; e os evangélicos são os mais conservadores.
– Pessoas (homens ou mulheres) que, quando crianças, sofreram **abuso sexual** têm a propensão a, quando adultos, ter tido mais de 10 parceiros sexuais, envolver-se em sexo grupal, relatar identificação homossexual ou bissexual e afirmar ser uma pessoa infeliz.	– Sete por cento dos homens e 7% das mulheres sofreram **abuso sexual**. Entre as mulheres, 13% já praticaram, pelo menos, um **aborto**.

mamilos ou de outras áreas erógenas; também podem sentir-se desconfortáveis se forem tocadas no clitóris antes de certo nível de excitação. Fisicamente, a fase de excitação implica uma resposta genital de congestão que é organizada pelo sistema nervoso autônomo. A fase de excitação pode durar de alguns minutos a várias horas. Entretanto, uma excitação mais intensa precedendo o orgasmo dura, de modo

geral, de 30 segundos a alguns minutos (Basson; Schultz, 2007).

A **fase de orgasmo** é o pico do prazer sexual, em que há liberação da tensão sexual e contração rítmica dos músculos do períneo e dos órgãos reprodutivos pélvicos. No homem, surge após a estimulação peniana, principalmente da glande e do prepúcio. Ocorrem dois reflexos coordenados: a emissão e a ejaculação. Na emissão, que não é necessariamente prazerosa, há contração reflexa dos músculos, o que provoca o depósito do fluido seminal na uretra posterior. Nesse momento, dá-se a sensação difusa de "inevitabilidade ejaculatória". Na ejaculação propriamente dita, ocorre a contração dos músculos da base do pênis, que impulsionam o fluido seminal para fora do pênis em alguns poucos jatos sucessivos, provocando intensa sensação de prazer. Já no orgasmo feminino, ocorrem 3 a 12 contrações rítmicas em volta da entrada da vagina, acompanhadas de forte sensação de prazer. A resposta de orgasmo feminino pode ser controlada até que surjam as contrações musculares involuntárias. Em ambos os sexos, há, freqüentemente, contrações involuntárias do esfincter anal interno e externo. O orgasmo dura de 3 a 25 segundos e está associado a leve obnubilação da consciência (Sadock; Sadock, 2007).

O orgasmo dura de 3 a 25 segundos e está associado a leve obnubilação da consciência.

A **fase de resolução** é a etapa de retorno às condições normais do organismo, voltando as freqüências cardíaca e respiratória, a pressão arterial e as condições dos genitais gradativamente ao estado anterior ao ato sexual. O homem apresenta um período refratário após o orgasmo, em que a ereção e a resposta orgástica estão inibidas por um certo tempo, independentemente de sua vontade. Na mulher, o período refratário não é tão determinado, podendo ocorrer com mais facilidade vários orgasmos sucessivos. Após o orgasmo, tanto o homem como a mulher sentem, muitas vezes, a sensação de relaxamento, de paz e, às vezes, de sono ou depressão. Se ocorreu o orgasmo, a fase de resolução é mais rápida, mas se ele não ocorreu, a fase de resolução pode durar de 2 a 6 horas e estar associada a desconforto e irritabilidade.

TRANSTORNOS SEXUAIS

Transtornos do desejo e da resposta sexual

Em qualquer momento do ciclo de desejo e resposta sexual, podem ocorrer disfunções que comprometam a atividade sexual satisfatória (Basson; Schultz, 2007). Os distúrbios mais comuns são apresentados a seguir.

Em qualquer momento do ciclo de desejo e resposta sexual, podem ocorrer distúrbios que comprometam a atividade sexual satisfatória.

O **desejo sexual inibido** é caracterizado pela inibição persistente de qualquer tipo de desejo de natureza sexual, de fantasias sexuais ou interesse por temas ou pela atividade sexual. A avaliação da inibição deve levar em conta os padrões culturais, a faixa etária e a situação de vida da pessoa acometida. É relevante, do ponto de vista prático, quando a ausência de desejo sexual desperta sofrimento no sujeito ou em seu parceiro. Fatores relacionados ao desejo sexual inibido são determinados por conflitos intrapsíquicos, por repressão exacerbada relacionada à temática sexual, por padrões educacionais e culturais que associam fortemente a sexualidade ao pecado, à culpa e à "sujeira", e por conflitos interpessoais, particularmente a hostilidade no relacionamento do casal, que acaba se convertendo em inibição

do desejo. Disfunções fisiológicas (hormonais, metabólicas, medicamentosas, etc.) também podem ser fatores contribuintes para a inibição do desejo sexual.

Segundo as pesquisadoras Basson e Schultz (2007), investigações recentes indicam que, embora o desejo sexual ou *drive* sexual seja tipicamente sentido diariamente por homens jovens e de meia-idade e por mulheres que estão nas fases iniciais de seus relacionamentos amorosos, tal *drive* parece tornar-se menos freqüente em mulheres de meia-idade, apesar de muitas delas, a despeito de tal *drive* sexual menor, relatarem satisfação em suas vidas sexuais. Igualmente, em tais pesquisas, muitas mulheres relatam que, apesar de não sentirem desejo no início da relação sexual, suas relações terminam sendo satisfatórias. Devido a isso, Basson e Schultz (2007) acreditam que tal perfil diferencial entre os dois gêneros deva ser levado em conta para a definição de transtorno do desejo sexual inibido.

Excitação e orgasmo feminino inibido (frigidez)

Na mulher, a **ausência de excitação sexual**, designada no passado como **frigidez**, manifesta-se pela dificuldade ou incapacidade em obter uma resposta de intumescência e lubrificação da vagina associadas ao desejo e às carícias sexuais. A **ausência do orgasmo feminino** manifesta-se quando, após a fase de excitação normal, a mulher não consegue obter o orgasmo. Tal fenômeno é de certa forma comum e está provavelmente associado a questões culturais relativas à sexualidade feminina.

Relacionados a dificuldades ou ausência de excitação e orgasmo feminino, identificam-se **fatores intrapsíquicos** como ansiedade, diminuição da auto-estima, frustrações crônicas, sentimentos de medo, de culpa, irritabilidade e depressão, e **fatores interpessoais**, geralmente da relação íntima do casal, como hostilidade inconsciente ou consciente, luta pelo controle e por poder na relação conjugal, desprezo pelo parceiro, etc. Particularmente importante é a qualidade do relacionamento afetivo do casal.

De modo geral, é comum a insensibilidade do homem em relação a desejos, fantasias e ritmo de resposta sexual da mulher. Normalmente, o homem alcança a ejaculação e o orgasmo bem mais cedo que a mulher e abandona a relação sexual bem antes de esta ter atingido o grau de excitação suficiente para que sejam desencadeadas as reações fisiológicas e emocionais do orgasmo. O homem muitas vezes não sabe ou não consegue acariciar e excitar a mulher, não quer ou não consegue esperar que ela alcance, no seu ritmo, o patamar de excitação necessário ao orgasmo.

Normalmente, o homem alcança a ejaculação e o orgasmo bem mais cedo que a mulher e abandona a relação sexual bem antes de esta ter atingido o grau de excitação suficiente para que sejam desencadeadas as reações fisiológicas e emocionais do orgasmo.

Podem contribuir para a disfunção de excitação e/ou do orgasmo feminino **fatores orgânicos**, como dor pélvica ou abdominal, corrimentos e pruridos vaginais, bem como o uso de medicamentos, como sedativos e antidepressivos (principalmente os serotonérgicos), que podem inibir a excitação e o orgasmo na mulher.

Ejaculação precoce

A ejaculação ocorre de forma muito rápida, antes de o homem desejá-la, por dificuldade significativa no controle voluntário mínimo que tem sobre ela durante a atividade sexual. A causa da ejaculação precoce é de base psicológica e psicodi-

Uma expectativa enorme em relação ao ato sexual e um forte componente de ansiedade podem ter papel importante na gênese da ejaculação precoce.

nâmica na maioria dos casos. Uma **expectativa** enorme em relação ao ato sexual e um forte componente de **ansiedade** podem ter papel importante na gênese da ejaculação precoce.

Em adolescentes e jovens, o fato de o indivíduo ter as suas primeiras relações sexuais em circunstâncias estressantes, rodeado de medos e tabus é, em muitos casos, um elemento ansiogênico que apressa a ejaculação, "resolvendo-se" assim a ansiedade quanto a ter ou não ter a relação sexual. É comum o adolescente, amadurecido após algum tempo no que concerne a sua sexualidade, suas expectativas e temores em relação à mulher, e mesmo por certo treino e aprendizado em lidar com suas reações físicas no ato sexual, "aprender" a adiar a ejaculação e alcançá-la quando deseja.

Em adultos com parceiras estáveis, a ejaculação precoce pode estar associada a medo ou raiva da parceira, falta de prazer na relação e sentimentos de solidão e isolamento. A ejaculação precoce também pode estar associada a condições médicas como prostatites, epididimites e uretrites (Basson; Schultz, 2007).

Disfunção erétil (impotência)

O termo **disfunção erétil** (antes chamada *impotentia coeundi*) tem sido preferido à impotência sexual, para não se confundir a dificuldade em obter uma ereção, devida geralmente a ansiedade e conflitos psicológicos ou a doenças orgânicas, com as conotações do termo que podem sugerir ser "fraco", "frouxo", "impotente" diante da vida. Tais conotações, além de imprecisas, são muito desmoralizantes para o homem em nosso contexto cultural. Pode-se definir a disfunção erétil pela falha parcial ou total do homem em alcançar e manter a ereção até o final do ato sexual.

A ereção reflexa é controlada pelo plexo sacral, pelos nervos pudendo e erigente. A ereção mediada por mecanismos "psicogênicos", por sua vez, é influenciada pelo córtex cerebral, pelos plexos simpáticos toracolombares e parassimpáticos sacrais. Também o sistema límbico desempenha importante papel na ereção, explicando a potente **ação inibitória da ansiedade sobre a ereção**.

Classicamente, diferencia-se a disfunção erétil de base psicogênica daquela de base orgânica; entretanto, sabe-se que, em muitos casos, há a somatória dos dois componentes. Aquelas de base psicogênica tendem a ser mais situacionais e transitórias; as orgânicas, mais constantes e inespecíficas. De modo geral, a disfunção erétil persistente resulta de uma interação complexa de fatores psicológicos, psiquiátricos, neurológicos, vasculares, endócrinos e mecânicos (Quadro 34.2).

Classicamente, diferencia-se a disfunção erétil de base psicogênica daquela de base orgânica; entretanto, sabe-se que, em muitos casos, há a somatória dos dois componentes.

É comum (e normal) a ocorrência transitória de episódios ou períodos de dificuldade ou incapacidade erétil em uma grande porcentagem dos homens. Freqüentemente quando o indivíduo está muito ansioso, com muitas expectativas em relação ao ato sexual, a ansiedade acaba por produzir intensa inibição sobre o reflexo de ereção, e ele não obtém a ereção. Quanto mais deseja e se esforça, maior a ansiedade e maior a inibição do reflexo. Além disso, fatores como hostilidade inconsciente em relação à parceira, sentimentos de culpa, de inferioridade ou depressão podem contribuir significativamente para as dificuldades eréteis do homem.

Quadro 34.2
Causas orgânicas mais freqüentes de disfunção erétil

1. Endócrinas	Diabete (neuropatia diabética, cistograma anormal), obesidade, disfunções do eixo hipofisário (hipogonadismo, adenomas secretores de prolactina), baixos níveis de testosterona (4 a 5% das disfunções eréteis)
2. Substâncias psicoativas	Álcool (principalmente pela neuropatia periférica associada ao alcoolismo crônico), fármacos com ação anticolinérgica ou simpaticolítica, anti-hipertensivos, antidepressivos, antipsicóticos, sedativos de modo geral
3. Vasculares e cardiovasculares	Hipertensão arterial, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, arterites, priapismo, tromboembolismos, etc.
4. Seqüelas de cirurgias	Prostatectomia radical, cistectomia, ressecção abdominal do reto, esficterotomia externa, etc.
5. Disfunções medulares	Trauma ou tumores
6. Outros distúrbios neurológicos	Doença de Parkinson, esclerose múltipla, sífilis
7. Disfunções autonômicas não-diabéticas	Síndromes de Shy-Drager e de Riley-Day
8. Outras causas urológicas	Uretites, prostatites, cistites, fimose, hidrocele, ruptura de uretra
9. Outras causas	Neoplasias

Em uma perspectiva médica, duas condições freqüentes na clínica diária são a disfunção erétil no homem e a dispareunia (desconforto ou dor na relação sexual) na mulher. No homem, a disfunção erétil está associada a condições como depressão, hipertensão, diabete, patologia vascular, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, apnéia do sono e, mais raramente, baixos níveis de testosterona. Na mulher, a dispareunia e a disfunção de excitação e orgasmo a ela associada são comumente condições crônicas e estão, de modo geral, relacionadas a um grande número de problemas ginecológicos (vulvovestibulite, atrofia vulvovaginal, dor abdominal crônica, sintomas do trato genitourinário baixo, etc.), podendo haver também dificuldades psicológicas e transtornos psiquiátricos associados (Basson; Schultz, 2007).

Duas condições freqüentes na clínica diária são a disfunção erétil no homem e a dispareunia (desconforto ou dor na relação sexual) na mulher.

TRANSTORNO DA IDENTIDADE DE GÊNERO (COHEN-KETTENIS; GOOREN, 1999)

Por identidade de gênero, entende-se o senso íntimo, pes-

Por identidade de gênero, entende-se o senso íntimo, pessoal, de perceber-se, sentir-se e desejar como uma pessoa do sexo feminino ou do sexo masculino.

soal, de perceber-se, sentir-se e desejar como uma pessoa do sexo feminino ou do sexo masculino. Um número significativo de pessoas, embora pertençam anatomicamente a determinado gênero, desenvolve e apresenta uma identidade de gênero conflitante com a biologia. Há muita polêmica em relação a considerar tais condições como patológicas ou psiquiátricas, principalmente no caso de indivíduos que se sentem plenamente identificados com a sua identidade discrepante e afirmam ser felizes e realizados dessa forma. Atualmente, a psiquiatria tende a ocupar-se dessas condições apenas quando elas representam, para as pessoas que as têm, fonte de significativo sofrimento e desconforto psicossocial.

O **transexualismo** constitui-se na identidade de gênero invertida em indivíduos inequivocamente pertencentes ao outro gênero, do ponto de vista anatômico e fisiológico. Um homem, apesar de ter o corpo de um homem, sente-se completamente, dos pontos de vista psicológico e social, como se fosse uma mulher. Esse homem (anatomicamente) sempre foi, sentiu e comportou-se como uma mulher. No caso das transexuais femininas, são mulheres (anatomicamente) que desde os primeiros anos de vida têm o senso de serem realmente homens, querendo mudar seus corpos, utilizando roupas e modos culturalmente masculinos. Os transexuais são, quase sempre, exclusivamente homossexuais em relação ao sexo anatômico (ou heterossexuais quando se considera o gênero psicossocial).

O **travestismo fetichista** é definido como a condição na qual o indivíduo obtém a excitação sexual utilizando roupas, adornos e atitudes do sexo oposto. É quase exclusivo do sexo masculino (homens biológicos que se excitam sexualmente apenas utilizando roupas, adornos e comportamentos femininos). Nem todo travesti é homossexual, sendo alguns predominantemente heterossexuais, exercendo profissões e esportes masculinos e utilizando roupas masculinas no dia-a-dia, etc.

Intersexualidade é o termo utilizado para definir um conjunto de síndromes genéticas e endocrinológicas. São casos em que o indivíduo, embora aparentemente pertença a um gênero, tem vários aspectos anatômicos ou psicológicos do sexo oposto. Em certos quadros, há ambigüidade em relação à anatomia dos genitais e dos caracteres sexuais secundários. Como exemplo, há as síndromes de Turner (X0) e de Klinefelter (XXY), a síndrome adrenogenital, o pseudo-hermafroditismo masculino, etc.

A **homossexualidade** refere-se à condição na qual o interesse e o desejo sexuais orientam-se em direção a pessoas do mesmo sexo. Comumente é um padrão duradouro de organização do desejo sexual, em geral vitalício (Byne; Parsons, 1993). Por definição, os indivíduos homossexuais não são transexuais, estando bem-identificados com o seu gênero; apenas desejam sexualmente pessoas do mesmo sexo. Alguns indivíduos com interesses e práticas homossexuais também têm atividade heterossexual, sendo, portanto, bissexuais. Essas condições variam consideravelmente em relação à cultura e ao período histórico (Gregersen, 1983; Endleman, 1986). A homossexualidade e a bissexualidade não são atualmente consideradas transtornos mentais. Todavia, pessoas com orientação homossexual e bissexual tendem a apresentar mais sofrimento mental (mais sintomas ansiosos, depressivos, idéias e atos suicidas, etc.), possivelmente relacionado à intensa discriminação que sofrem na sociedade em geral e em ambientes como família, escola, trabalho e igreja (Warner et al., 2004).

Por definição, os indivíduos homossexuais não são transexuais, estando bem-identificados com o seu gênero; apenas desejam sexualmente pessoas do mesmo sexo.

PARAFILIAS

As parafilias (assim como os transtornos da identidade de gênero) eram chamadas "perversões sexuais", termo que tende a ser abandonado, já que, na linguagem leiga, a palavra "perversão" é rapidamente associada com maldade, ruindade, erro moral. As parafilias são transtornos do comportamento sexual caracterizados por padrões de fantasias e práticas sexuais particulares, em certas condições muito lesivas ao próprio indivíduo e a terceiros. Elas podem envolver apenas a fantasia, a masturbação solitária e/ou a atividade sexual com um parceiro.

As parafilias são transtornos do comportamento sexual caracterizados por padrões de fantasias e práticas sexuais particulares, em certas condições muito lesivas ao próprio indivíduo e a terceiros.

Também no caso das parafilias, as fronteiras entre o normal e o patológico são um tanto arbitrárias, posto que nem sempre é fácil a discriminação entre o gostar e integrar determinada fantasia ou prática, em meio à atividade sexual geral, e o **fixar-se de forma intensa a um padrão sexual exclusivo** e **potencialmente lesivo** para si ou para os outros.

O **exibicionismo**, como transtorno do comportamento sexual (e não como traço de personalidade ou elemento comportamental normal), é mais comum em homens. Caracteriza-se pela compulsão e pelo prazer em mostrar o corpo nu, com ênfase nos genitais, a uma pessoa estranha, que geralmente está desprevenida e sente essa exposição como uma violência. Já o **voyeurismo** é a compulsão em observar uma pessoa (normalmente mulher) se despindo ou tendo relações sexuais. O indivíduo (em geral homem) busca repetitivamente as situações propícias ao exibicionismo ou ao voyeurismo.

No **sadismo**, o prazer e a excitação sexual encontram-se ligados ao ato de produzir, na realidade ou na fantasia, dor e humilhação no parceiro ou abusar dele e subjugá-lo. Por sua vez, no **masoquismo**, a experiência é inversa, havendo prazer e excitação sexual ao ser subjugado, humilhado, torturado ou ameaçado pelo parceiro.

A **pedofilia** é, dentre todas as parafilias, uma das mais freqüentes e mais perturbadoras do ponto de vista humano. Caracteriza-se pela preferência em realizar, ativamente ou na fantasia, práticas sexuais com crianças. Pode ser homossexual (pederastia) ou heterossexual (pedofilia propriamente dita), sendo o agressor e a vítima membros da mesma família ou conhecidos ou pessoas estranhas entre si. A pedofilia pode incluir apenas jogos sexuais com a criança (observar ou despir a criança ou despir-se em frente a ela), masturbação ou relação sexual completa com penetração vaginal ou anal.

A pedofilia pode incluir apenas jogos sexuais com a criança (observar ou despir a criança ou despir-se em frente a ela), masturbação ou relação sexual completa com penetração vaginal ou anal.

Já o **fetichismo** caracteriza-se pela obtenção de prazer e excitação pelo uso particular de roupas, adornos ou objetos. Geralmente, o fetichista exige e utiliza, na masturbação ou no ato sexual, objetos relacionados ao corpo, como sapatos, meias, *lingerie*, luvas, etc., masturbando-se ao contato de tais objetos. Na **zoofilia**, um ou mais animais são utilizados para a atividade sexual, que pode incluir a masturbação, o contato oral-genital ou o coito completo.

PROBLEMAS RELACIONADOS À SEXUALIDADE

O **abuso sexual** e o **estupro** são fenômenos trágicos e dolorosos que integram a vi-

da diária da maioria das sociedades atuais (OMS, 2005). Por parte do agressor, é uma forma de descarregar a tensão, a agressividade ou o sadismo sobre uma vítima que não pode lhe oferecer resistência. A maioria das vítimas são mulheres adolescentes ou jovens, sendo os agressores às vezes homens conhecidos das vítimas, às vezes parentes (pais, padrastos, tios, etc.). Durante o estupro, a vítima geralmente sente grande medo e pânico, podendo experimentar "estado de choque". Dias a meses depois, a vítima pode sentir-se muito envergonhada, deprimida, humilhada, com raiva e medo. Estudos recentes indicam forte relação entre ter sofrido abuso sexual na infância e transtornos da conduta na adolescência e transtornos da personalidade (*borderline* ou histriônica, em especial), depressão, trantornos da alimentação e abuso de substâncias na vida adulta (Charam, 1997).

Boas revisões sobre a sexualidade humana e alguns dos principais transtornos a ela associados encontram-se em: Carmita H. N. Abdo e Alexandre Saadeh (2007), assim como em Rosemary Basson e Willibrord W. Schultz (2007).

Questões de revisão

- Descreva as três dimensões básicas da sexualidade humana.
- Quais são as fases do ciclo sexual?
- Caracterize os transtornos do desejo e da resposta sexual.
- Descreva os transtornos da identidade de gênero e diferencie da intersexualidade e da homossexualidade.
- O que são parafilias? Descreva o exibicionismo, a pedofilia e o fetichismo.

35

Síndromes relacionadas ao sono

Algumas pessoas sentem-se descansadas e ativas durante o dia dormindo cinco horas por noite; outras necessitam de 10 a 12 horas de sono.

Há uma grande variabilidade individual em relação ao padrão e à necessidade de sono. Algumas pessoas sentem-se descansadas e ativas durante o dia dormindo cinco horas por noite; outras necessitam de 10 a 12 horas de sono para se sentirem bem durante o dia. Segundo a Classificação Internacional dos Transtornos do Sono (ICSD-2), existem mais de 80 transtornos (constituindo a chamada Medicina do Sono), organizados em três eixos (Azevedo; Alóe; Tavares, 2007):

1. Insônias, hipersomnias diurnas e movimentos anormais durante o sono
2. Apnéias do sono (e outras alterações respiratórias) e de outros sistemas funcionais durante o sono
3. Parassonias e outras alterações do ritmo sono-vigília (como fase do sono avançada ou atrasada)

Em termos de freqüência e interesse clínico, os transtornos relacionados ao sono mais importantes são:

– Insônia (30 a 40% dos adultos)
– Síndrome das pernas inquietas (5 a 15% dos adultos)
– Apnéia do sono (9% em homens de meia-idade e em 4% das mulheres após a menopausa)
– Parassonias (para o conjunto, não há dados estatísticos; a enurese noturna acomete 15 a 25% das crianças e 2% dos adultos)
– Narcolepsia com cataplexia (0,02 a 0,1% da população)

O diagnóstico dos transtornos do sono é realizado por meio de anamnese detalhada referente aos comportamentos relacionados ao sono e à sonolência. Nos casos de diagnóstico mais difícil, é conveniente utilizar o laboratório de sono, no qual são feitas as avaliações global, fisiológica e comportamental do sono, por meio de exames como eletrencefalograma, eletrocardiograma, eletroculograma, fluxo respiratório bucal e nasal, monitorização de movimentos torácicos e abdominais, etc.

INSÔNIA

A **insônia** é um dos sintomas mais comuns em saúde mental; calcula-se que cerca de

um terço da população adulta tem pelo menos alguns dias de insônia clinicamente significativa durante um ano. A insônia caracteriza-se pela dificuldade em adormecer (insônia inicial), pela dificuldade em permanecer adormecido (sono entrecortado), ou pelo despertar muito precoce, acordando de madrugada (geralmente por volta das 3 a 5 horas da manhã), não conseguindo voltar a dormir (Silber, 2005). Não só importa a redução da quantidade de sono, mas também a qualidade do sono e, sobretudo, a sensação de ter tido um sono reparador. A insônia inicial e/ou o sono entrecortado geralmente ocorrem associados a quadros de **ansiedade aguda ou crônica, tensão ou preocupação excessiva ou depressão**. Já a insônia terminal associa-se mais freqüentemente a quadros depressivos. A insônia pode ser aguda (de alguns dias até três meses) ou crônica (mais que três meses). Ter insônia implica prejuízo no funcionamento diário e piora na qualidade de vida em decorrência do sono ruim.

Na insônia, não só importa a redução da quantidade de sono, mas também a qualidade do sono e, sobretudo, a sensação de ter tido um sono reparador.

No Brasil, cerca de 10 a 40% das pessoas apresentam queixas de insônia (5% de insônia crônica). Nos Estados Unidos, 30 a 40% dos norte-americanos adultos têm insônia, sendo que 17% referem ser a insônia um problema grave e 5 a 10% apresentam insônia crônica. Cerca de metade dos quadros de insônia se associa a transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade, fobias, dependência química, transtorno bipolar, etc.) ou distúrbios médicos (obesidade, síndromes dolorosas, refluxo gastresofágico, doenças pulmonares que implicam dificuldades respiratórias, insuficiência cardíaca congestiva e hipertrofia prostática). Do ponto de vista epidemiológico, a insônia ocorre mais comumente em mulheres, idosos, pessoas de baixo nível socioeconômico, divorciados, viúvos e em indivíduos internados em hospital geral ou em prisões.

Alguns hábitos e fatores relacionados à insônia são: hábitos inadequados como dormir muito durante o dia ou acordar em horas diferentes a cada dia, uso excessivo de café durante o período noturno, abuso

Quadro 35.1

Orientações que os profissionais de saúde podem fornecer aos indivíduos que têm insônia ou dificuldade para dormir (higiene do sono)

Fatores associados à insônia	Fatores facilitadores do sono
– Ingestão de café à tarde ou à noite – Ingestão de bebidas alcoólicas à noite – Alimentação copiosa à noite – Trabalhos difíceis e estressantes no período noturno – Atividade tensa no período noturno (trabalho intelectual difícil, uso do computador, esportes competitivos, etc.) – Televisão no quarto – Despertar e levantar da cama a cada dia em horários muito diferentes – Trabalho em turnos	– Acordar todos os dias na mesma hora – Não forçar o sono e retirar o despertador do lado da cama – Atividades relaxantes no período noturno como banho, tomar um chá bem quente com uma pessoa amiga, etc. – Quarto escuro, fresco e silencioso – Peso corporal adequado – Atividade física regular

de álcool ou outras substâncias psicoativas, comer copiosamente à noite, realizar tarefas e atividades muito tensas no período noturno, etc.

SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS (EARLEY, 2003)

Esta síndrome caracteriza-se pela necessidade irresistível de mover as pernas (acatisia) acompanhada pela sensação de desconforto "dentro" delas (pode também acometer os braços e todo o corpo). Podem ocorrer sensações parestésicas (formigamentos, sensação de peso ou de pinicar, etc.) nas pernas, entre o tornozelo e o joelho. Esse desconforto se intensifica com o repouso e melhora com o movimento. A sensação é pior à noite, prejudicando seriamente o sono. Ocorre em 5 a 15% da população adulta, aumentando com a idade. Não é raro haver história familiar para essa condição (com herança autossômica dominante, possivelmente associada ao cromossomo 12q). A resposta terapêutica positiva a agentes dopaminérgicos (levodopa, bromocriptina, pergolida) ajuda no diagnóstico. Na síndrome das pernas inquietas, são comuns as **mioclonias noturnas** (80 a 90% dos casos), que são movimentos das pernas repetitivos e estereotipados, que predominam durante o estágio 2 do sono não-REM. As mioclonias noturnas ocorrem em 6% da população, predominando em idosos.

> Na síndrome das pernas inquietas, a sensação é pior à noite, prejudicando seriamente o sono.

TRANSTORNOS DO SONO ASSOCIADOS À APNÉIA

De modo geral, a apnéia do sono caracteriza-se pela ocorrência de pausas respiratórias curtas, de 10 a 50 segundos, durante o sono. Nos episódios de apnéia, o indivíduo geralmente ronca, a saturação sangüínea de oxigênio cai e, com freqüência, ocorre breve despertar.

> A apnéia do sono caracteriza-se pela ocorrência de pausas respiratórias curtas, de 10 a 50 segundos, durante o sono.

Para o diagnóstico, exige-se que ocorram pelo menos 30 episódios de pausas em uma noite. De modo geral, os apnéicos apresentam cerca de 200 a 600 pausas respiratórias em uma noite, que produzem em média 400 a 500 rápidos despertares, afetando gravemente a arquitetura do sono e causando alterações do sono e uma série de repercussões clínicas.

Quando se observam pacientes que se queixam de constante sonolência, dores de cabeça, cansaço e irritação durante o dia, deve-se perguntar aos cônjuges (ou outras pessoas que observam o paciente dormindo com certa freqüência) se eles são pessoas que, durante o sono, apresentam roncos, pausas respiratórias, sono muito agitado, noctúria (necessidade de urinar à noite) e sudorese noturna. Em caso positivo, deve-se suspeitar de apnéia do sono e indicar um estudo polissonográfico (PSG) a fim de confirmar o diagnóstico.

Trata-se de uma condição freqüente. Estima-se que cerca de 9% da população masculina de meia-idade e 4% da população feminina após a menopausa sofram de apnéia obstrutiva do sono (Azevedo; Alóe; Tavares, 2007).

Além de freqüente, é uma condição que causa graves prejuízos. O indivíduo dorme no trabalho, no carro, no semáforo; sente-se irritado, ansioso, cansado e deprimido. Outrossim, a apnéia do sono está associada com morbidade e mortalidade aumentadas (por arritmias cardíacas, infarto do miocárdio, acidentes, etc.).

A apnéia do sono divide-se em três subtipos: a apnéia obstrutiva, a central e a mista.

- A **apnéia obstrutiva** é causada pela obstrução das vias aéreas superiores. Ocorre periodicamente o colabamento das vias aéreas superiores (VAS). Tal distúrbio em geral associa-se a sobrepeso ou obesidade, pescoço curto e/ou alterações estruturais da cavidade orofaríngea (como palato rebaixado). A apnéia obstrutiva freqüentemente é acompanhada de sonolência diurna intensa, fadiga, irritabilidade e cefaléia matinal. Há o relato de roncos altos, interrompidos periodicamente por pausas respiratórias. É mais comum em homens de meia-idade.
- A **apnéia central** caracteriza-se pela ausência de esforço respiratório devido a déficit no comando dos centros neuronais respiratórios. O paciente relata despertares freqüentes durante a noite, às vezes associados com sensação de sufocamento. As principais queixas são de insônia, sono não-reparador e cansaço pela manhã. O sobrepeso não é tão freqüente, e o ronco, quando observado, não é de forte intensidade.
- A **apnéia mista** apresenta o seguinte mecanismo: a pausa respiratória se inicia por um mecanismo central e evolui por um mecanismo obstrutivo das VAS (Tavares; Aloé, 1998a e b). Na maior parte das apnéias, parece haver a combinação de fatores obstrutivos e centrais.

NARCOLEPSIA (DAUVILLIERS; ARNULF; MIGNOT, 2007)

A narcolepsia caracteriza-se por **ataques diurnos de sono REM**, com sonolência intensa, como se a atividade neurofisiológica característica desse tipo de sono "invadisse" a vigília. Além da sonolência diurna, a narcolepsia manifesta-se clinicamente por ataques de **cataplexia**, que é uma crise imperceptível de fraqueza de grupos musculares (queixo, cabeça, joelho), ocorrendo a queda da mandíbula, da cabeça, fraqueza nos joelhos e, eventualmente, queda abrupta e completa ao solo. Podem ocorrer também alucinações hipnagógicas (ao adormecer) ou hipnopômpicas (ao despertar). Os "ataques de sono" são geralmente desencadeados por emoções fortes, riso, raiva e excitação sexual.

Os "ataques de sono" são geralmente desencadeados por emoções fortes, riso, raiva e excitação sexual.

Essa condição costuma surgir na adolescência e mantém-se ao longo da vida. Ocorre em 0,02 a 0,1% dos adultos, com leve predomínio para o sexo masculino. A causa da narcolepsia foi recentemente identificada. Ela é devida à perda precoce de neurônios hipotalâmicos secretores de substâncias denominadas hipocretinas. Isso está associado a um possível mecanismo auto-imune, pois foram identificadas alterações genéticas e imunológicas nos indivíduos com narcolepsia.

A causa da narcolepsia foi recentemente identificada. Ela é devida à perda precoce de neurônios hipotalâmicos secretores de substâncias denominadas hipocretinas.

SÍNDROME DE KLEINE-LEVIN (ARNULF ET AL., 2005)

É uma condição relativamente rara (186 casos relatados) que ocorre mais em adolescentes (11 a 17 anos, média de 15 anos). Há episódios periódicos de sonolência, com média de 10 dias de duração, em que o paciente dorme excessivamente durante o dia e a noite. Quando acordado, come vo-

razmente (hiperfagia), fica irritado e desinibido socialmente (algo semelhante ao episódio de mania), podendo apresentar também hipersexualidade e agressividade. Os episódios são recorrentes, e o transtorno dura, em média, oito anos, desaparecendo depois. Ocorre mais em rapazes que em garotas, e sua causa é desconhecida. Há hipoperfusão talâmica nos períodos sintomáticos e alterações hipotalâmicas (possivelmente permanentes) em estudos de neuroimagem.

Na **síndrome de Pickwick**, observa-se quadro de obesidade mórbida grave, com profunda sonolência diurna e cianose devido à hipoventilação (Sims, 1995).

PARASSONIAS

As parassonias caracterizam-se por alterações do despertar, por disfunções na transição sono-vigília ou por um despertar incompleto.

O **sonambulismo** caracteriza-se pela deambulação e pela execução de comportamentos complexos durante o sono, geralmente iniciados na fase 3 ou 4 (sono profundo, de ondas lentas). O comportamento complexo pode incluir atos automáticos como andar, trocar de roupa, urinar no armário ou mesmo por fogo em um móvel. É comum na infância e na adolescência (principalmente em crianças entre 4 e 8 anos), tendendo a desaparecer na fase adulta. O **solilóquio (falar dormindo)** é a produção de sons, palavras ou mesmo frases durante a noite, sem a tomada momentânea de consciência do indivíduo que as produz e sem a lembrança, no dia seguinte, de ter falado ou do conteúdo daquilo que foi dito.

O **terror** ou **pavor noturno** caracteriza-se por um despertar de uma fase de sono profundo (sono de ondas lentas, geralmente na fase 4) com um grito lancinante, acompanhado de medo intenso e manifestações autonômicas (taquicardia, taquipnéia, sudorese, rubor e midríase). A crise costuma durar de 5 a 20 minutos. Não se trata de um pesadelo (que é um tipo de sonho, pertencente à fase REM). Em geral, após o grito, o indivíduo senta-se na cama, agitado e, aparentemente, com muito medo, apresentando midríase e taquipnéia. No dia seguinte, não se lembra do que ocorreu.

A **paralisia do sono** consiste em um despertar (ou adormecer) incompleto. O indivíduo, ao despertar (ou ao adormecer), apresenta fraqueza muscular importante, sendo incapaz de realizar atividade motora voluntária. Sente-se muito angustiado por não poder mover um só dedo, apesar de já estar consciente. Podem ocorrer alucinações hipnagógicas (alucinações geralmente visuais, ao adormecer) ou hipnopômpicas (o mesmo, ao despertar).

Na paralisia do sono, o indivíduo sente-se muito angustiado por não poder mover um só dedo, apesar de já estar consciente.

O **bruxismo** também pode ser considerado um transtorno do despertar parcial, a partir de um período de sono profundo (fase 3 ou 4). Dormindo, o indivíduo range vigorosamente os dentes, devido à atividade rítmica do músculo masseter. Ocorre em 3 a 20% da população geral, sendo mais comum em jovens. As conseqüências são desgaste dos dentes, dor local, cefaléias, disfunção da articulação temporomandibular e sono de má qualidade (Azevedo; Alóe; Tavares, 2007).

A **enurese noturna** também ocorre durante o sono profundo, geralmente em crianças com mais de 4 anos de idade (até essa idade, a enurese não é considerada anormal). Acomete mais crianças de até 6 anos (25% dos meninos e 15% das meninas), ocorrendo em 2% dos adultos. Há micção involuntária durante a noite, comumente no primeiro terço da noite (com mais freqüência no estágio 2 do sono não-REM), devido ao relaxamento do esfincter

Tanto uma tendência hereditária (há muita recorrência familiar do transtorno) como conflitos emocionais (insegurança, hostilidade, medo, separação ou doença dos pais) estão associados à enurese na infância.

urinário. Tanto uma tendência hereditária (há muita recorrência familiar do transtorno) como conflitos emocionais (insegurança, hostilidade, medo, separação ou doença dos pais) estão associados à enurese na infância. A enurese tende a desaparecer com o passar dos anos; porém, um número considerável de crianças enuréticas sentem muita vergonha, culpa ou ansiedade por apresentar tal distúrbio.

Os **pesadelos** são sonhos ansiosos, com conteúdos ameaçadores e terroríficos, que ocorrem, na maior parte das vezes, durante o sono REM, no terço final da noite. O indivíduo pode acordar durante o pesadelo e, muitas vezes, lembrar-se de seu conteúdo no dia seguinte. Os pesadelos associam-se a conflitos emocionais inconscientes ou conscientes, períodos de ansiedade e tensão, preocupações e temores antigos ou atuais. Deve-se buscar diferenciar claramente os pesadelos (sono REM, último terço da noite) do terror noturno (sono profundo, primeiro terço da noite).

SÍNDROMES DO ATRASO E DO AVANÇO DO SONO

Nestas síndromes, o início (e período total do sono) ocorre mais cedo ou mais tarde que o socialmente convencional ou desejado. A **síndrome do atraso da fase do sono** ocorre mais em adolescentes. O paciente apresenta tempo de sono mais longo e tende a ter como período principal do sono os horários das 5 às 14 horas. Apresenta dificuldade de sincronizar seu sono em períodos socialmente desejados; isso pode gerar problemas familiares e escolares e uso indevido de álcool e hipnóticos. De modo geral, após o sono iniciar-se, ele revela-se normal (não se trata de insônia, mas de deslocamento do período de sono). A **síndrome de avanço do sono** ocorre mais em idosos; o paciente dorme antes das 20 ou 21 horas e acorda de madrugada, não conseguindo mais dormir. Não se sabe ao certo se essas síndromes ocorrem devido a fatores psicológicos e socioculturais (hábitos, interesses das distintas "idades") ou a fatores neurobiológicos (perfil de maturação ou involução cerebral).

Boas revisões sobre as síndromes relacionadas ao sono estão disponíveis em: Silber (2005) e Azevedo, Alóe e Tavares (2007).

Questões de revisão

- Comente sobre a importância dos transtornos do sono segundo sua freqüência.
- Defina insônia. Em que pessoas ela ocorre com mais freqüência e quais os hábitos ou os fatores predisponentes?
- Descreva os principais aspectos da apnéia do sono, da síndrome das pernas inquietas e da narcolepsia.

36

Síndromes mentais orgânicas

As síndromes demenciais, síndromes confusionais agudas (*delirium*) e síndromes psico-orgânicas focais formam um grupo de quadros mentais e comportamentais, que, apesar de ter uma etiologia orgânica indiscutível e, muitas vezes, identificável, é estudado pela psicopatologia pelo fato de suas manifestações clínicas constituírem predominantemente sintomas mentais e comportamentais.

DELIRIUM

> Quando o sono faz cessar o delírio (*delirium*), é bom sinal.
>
> *Hipócrates de Cós (460-380 a.C.)*

É a síndrome orgânico-cerebral encontrada com mais freqüência por psiquiatras e clínicos (Trzepacz; Meagher; Wise, 2006). Essa síndrome recebe, pelos diversos especialistas que com ela se deparam, muitas denominações, o que torna o seu estudo às vezes dificultoso. Os termos mais comumente utilizados, entre outros, são: paciente confuso, estado confusional agudo, síndrome confusional aguda, psicose tóxica, psicose exógena, síndrome orgânico-cerebral aguda, encefalopatia metabólica e reação exógena de Bonhoeffer.

O *delirium* é a síndrome orgânico-cerebral encontrada com mais freqüência por psiquiatras e clínicos.

Características principais do *delirium* (Trzepacz; Meagher; Wise, 2006)

1. Pode ser causado tanto por distúrbios próprios do cérebro como por distúrbios com origem fora do cérebro, mas com envolvimento sistêmico, que acarreta repercussões significativas sobre o funcionamento cerebral.
2. Instalação geralmente aguda ou subaguda (horas a dias).
3. Existem evidências de disfunção difusa do tecido cerebral, normalmente envolvendo os hemisférios cerebrais (sobretudo o córtex pré-frontal, o parietal não-dominante e o fusiforme anterior), o sistema reticular ativador ascendente e o sistema nervoso autônomo. Há no *delirium*, de modo geral, a hipoa-

tividade das vias colinérgicas e a hiperatividade das vias dopaminérgicas.

4. A disfunção do tecido cerebral é potencialmente reversível se a causa for tratada com sucesso.
5. As manifestações clínicas variam muito de paciente para paciente e de um episódio para outro.
6. No *delirium*, o traçado do eletrencefalograma (EEG) está tipicamente lentificado, com exceção do *delirium tremens* (forma grave de abstinência alcoólica), em que se apresenta acelerado.

Quadro clínico do *delirium*

1. **Rebaixamento do nível da consciência e alteração da atenção**. É a condição básica que pode ser acompanhada secundariamente de outras alterações psíquicas (como do pensamento, da sensopercepção, da psicomotricidade e do humor). Verifica-se o rebaixamento do nível da consciência pela sonolência evidente ou por sinais indiretos, como desorientação temporal (eventualmente temporoespacial), mudança no estado de alerta e da atenção, perplexidade, dificuldades de concentração e de apercepção de si e do meio.

> No *delirium*, verifica-se o rebaixamento do nível da consciência pela sonolência evidente ou por sinais indiretos, como desorientação temporal.

2. **Orientação**. É muito freqüente a desorientação alopsíquica (temporoespacial) nos quadros de *delirium*. A desorientação temporal é a primeira a ocorrer, seguida, às vezes, por desorientação espacial. Pode ocorrer o distúrbio de identificação espacial: o paciente confunde o quarto do hospital com seu quarto em casa, ou identifica um enfermeiro desconhecido como um velho amigo (fabulação).
3. **Pensamento ilógico e desorganização do discurso**. De forma característica, o paciente com *delirium* apresenta-se confuso, seu pensamento é ilógico, e seu discurso é pouco compreensível, com idéias que se articulam apenas frouxamente, produzindo conteúdos inusitados e, com freqüência, bizarros.
4. **Sensopercepção**. Depende da alteração do nível de consciência. Freqüentemente ocorrem **ilusões visuais** (mais em ambientes escuros) ou **alucinações visuais e/ou táteis**. As alucinações nos quadros confusionais geralmente não têm implicação pessoal (como no caso da esquizofrenia). O paciente assiste aos fenômenos alucinatórios como alguém de fora (como assistir a um filme na televisão). É freqüente, nas ilusões/alucinações visuais, figurar animais (zoopsias).
5. **Humor**. Em geral a ansiedade é intensa, podendo ocorrer estados de perplexidade, irritação, terror e pavor. Pode haver, eventualmente, ideação paranóide. A labilidade afetiva também é freqüente no *delirium*. Na subforma hipoativa de *delirium*, pode ocorrer apatia em vez de ansiedade.
6. **Psicomotricidade**. Ocorre mais freqüentemente a agitação psicomotora, mas também podem ocorrer retração, hipersonolência e lentificação motora.
7. **Alteração do ciclo sono-vigília**. A insônia no período noturno é freqüente nos quadros de *delirium*. Pode haver inversão do ciclo sono-vigília mais comum (vigilância

durante o dia e sono durante a noite); tipicamente o paciente apresenta um estado de hipervigilância nos períodos vespertino e noturno e dorme durante a manhã.

No Quadro 36.1 apresentam-se os principais sintomas do *delirium* em ordem de freqüência (Trzepacz; Meagher; Wise, 2006).

Evolução dos quadros orgânico-cerebrais agudos

1. Nas fases prodrômicas, o paciente sente-se ansioso, tem dificuldade para se concentrar, está inquieto, com medo e um tanto perplexo. Pode apresentar hipersensibilidade a luz e sons, dificuldade para adormecer e sonhos ameaçadores ou pesadelos.
2. Com o evoluir do quadro (geralmente no **final da tarde** e no **início da noite**), começam a surgir ilusões visuais e táteis (roupas penduradas na parede parecem monstros), a ansiedade e a agitação psicomotora se intensificam. Podem ocorrer fenômenos autonômicos como sudorese profunda, tremores grosseiros (inclusive *flapping*) e febre.

Quadro 36.1

Sintomas mais freqüentes no *delirium*, segundo revisão de Trzepacz, Meagher e Wise (2006)

Sintomas e sinais	Freqüência nos estudos (%)
Nível de consciência alterado	58 a 100
Desorientação	43 a 100
Pensamento ilógico, confuso	95
Déficits cognitivos difusos	77
Déficit de atenção	17 a 100
Prejuízo da memória	64 a 90
Déficits de linguagem	41 a 93
Transtorno do ciclo sono-vigília	25 a 96
Labilidade afetiva	43 a 63
Alterações psicomotoras	38 a 93
Alucinações e outros transtornos da sensopercepção	25 a 41
Delírios, pensamento delirante	18 a 68

3. O *delirium* manifesta-se com **mais intensidade à noite e de madrugada**. Alguns pacientes só se apresentam em estado confusional durante a noite, permanecendo surpreendentemente lúcidos durante o dia.
4. Depois de terminado, o quadro permanece para o doente apenas como reminiscência vaga do que ocorreu.

É importante lembrar que, no *delirium*, com freqüência ocorre uma **variação temporal marcante**, que pode causar dificuldades diagnósticas consideráveis. O paciente pode encontrar-se lúcido e orientado em um exame e, poucos minutos depois, encontrar-se sonolento, desorientado, muito ansioso, com ilusões ou alucinações visuais.

É importante lembrar que, no *delirium*, com freqüência ocorre uma variação temporal marcante, que pode causar dificuldades diagnósticas consideráveis.

Subtipos de *delirium*: hiperativo, hipoativo e misto

Considera-se atualmente que o *delirium* pode ser dividido em três subtipos (Trzepacz; Meaghen; Wise, 2006). O **hiperativo** é a forma mais saliente e exuberante de *delirium*. Verifica-se aqui considerável inquietação ou mesmo agitação psicomotora, ansiedade, agressividade, ilusões ou alucinações visuais e discurso confuso. Essa forma de *delirium* ocorre tipicamente no *delirium tremens* (forma grave de abstinência alcoólica) e em outros casos de *delirium* associados a intoxicação e abstinência de substâncias psicoativas. O *delirium* hiperativo, apesar de aparentemente mais grave, tem prognóstico melhor. Já o *delirium* **hipoativo** manifesta-se por hipersonolência e pouca expressão motora e afetiva (o paciente permanece apático em seu leito, retraído, movendo-se e falando pouco). Essa subforma de *delirium* implica maior dificuldade diagnóstica e pode ser confundida com depressão grave. Geralmente ocorre associada a encefalopatias metabólicas e lesões neurológicas mais graves. O *delirium* hipoativo tem prognóstico pior, implicando com mais freqüência (que o hiperativo e o misto) a morte do paciente. O *delirium* **misto** parece ser a forma mais comum de *delirium*, alternando-se períodos de hiperatividade e hipoatividade.

O *delirium* hipoativo tem prognóstico pior, implicando com mais freqüência (que o hiperativo e o misto) a morte do paciente.

Pesquisa da etiologia e manejo dos quadros de *delirium*

Independentemente da rápida identificação da etiologia do quadro confusional agudo (o que é sempre necessário e desejável), deve-se estar atento a quatro possíveis fatores etiológicos potencialmente lesivos ao sistema nervoso central:

1. **Hipoglicemia**. Pode causar lesão irreversível ao SNC. Muitas vezes o paciente não tem história anterior de diabete. Deve-se sempre colher rapidamente a glicemia e repor a glicose por via intravenosa.
2. **Hipoxia ou anoxia**. Podem causar danos irreversíveis no SNC. Ocorrem por duas causas:
   - **Hipoperfusão**. Embora o sangue esteja bem-oxigenado, o cérebro é inadequadamente perfundido (origem cardiovascular).

- **Hipoxia**. Quando a perfusão cerebral é normal, mas o sangue não é adequadamente oxigenado (função ventilatória prejudicada).

Deve-se rapidamente identificar a causa da hipoxia (no caso de hipoperfusão, pode ser infarto do miocárdio, arritmia ou parada cardíaca; no caso de oxigenação inadequada do sangue, pode ser função ventilatória inadequada, anemia grave, hemorragias graves, etc.).

3. **Hipertemia**. Hipertermia grave é causa freqüente do *delirium*. Pode causar dano cerebral grave. Deve ser tratada imediatamente por métodos farmacológicos e físicos.
4. **Deficiência de tiamina**. Causa a síndrome de Wernicke que, caso não tratada prontamente, pode produzir perdas de memória irreversíveis. Essa síndrome caracteriza-se por *delirium*, ataxia, distúrbios dos movimentos oculares, nistagmo e fraqueza muscular. Ocorre com freqüência em alcoolistas crônicos desnutridos, na *hiperemese gravídica* e em quadros graves de desnutrição e/ou consumpção.

Diagnóstico diferencial do *delirium*

1. **Esquizofrenia**. Seu surgimento tende a ser mais insidioso que o do *delirium*; existência de personalidade pré-mórbida, há pouca flutuação do quadro clínico; não há distúrbio do sono-vigília nem alteração do nível de consciência; a orientação está comumente preservada; as alucinações em geral são auditivas; o delírio persecutório costuma ser personalizado (o perigo dirige-se exclusivamente contra o paciente); não há embotamento afetivo no *delirium*; não há alterações autonômicas na esquizofrenia, assim como aqui não há o asterixe e as mioclonias multifocais.
2. **Histeria**. Ao contrário do que ocorre na histeria, no *delirium*, os antecedentes psicológicos do paciente não indicam problemas nas relações interpessoais. A histeria geralmente envolve desorientação autopsíquica, e, havendo alucinações ou ilusões, estas têm caráter teatral.
3. **Demências**. O curso e a instalação das demências são geralmente lentos, insidiosos. Alterações do nível da consciência são mais raras nas demências (ocorrem apenas nos estágios avançados). Flutuação do quadro e alterações do ciclo sono-vigília e alucinações são raras na demência.
4. **Afasias**. A afasia de compreensão (afasia fluente) pode ser confundida com a confusão mental associada a *delirium*. O paciente afásico geralmente utiliza construções gramaticais estranhas, incomuns, além de neologismos. Não há alteração do nível de consciência nas afasias, e pacientes afásicos em geral apresentam sinais neurológicos focais.
5. **Mania**. Em idosos, pode se confundir com o *delirium*, principalmente nas fases iniciais. Não há alteração do nível de consciência na mania, e o quadro se caracteriza por euforia, irritabilidade e agitação psicomotora, que são mais estáveis ao longo do quadro de mania que no de *delirium*.
6. **Depressão**. O *delirium* do subtipo hipoativo, com marcante apatia e redução da psicomotricidade, po-

de ser confundido com quadros depressivos graves.

No Quadro 36.2 são apresentados aspectos clínicos significativos para o diagnóstico diferencial entre *delirium*, demência, depressão e esquizofrenia (modificado de Trzepacz; Meagher; Wise, 2006).

Fatores causais gerais associados ao *delirium* (Quadro 36.3)

De modo geral, considera-se que a **idade avançada**, a existência de **lesões cerebrais prévias**, a **dependência de substâncias** e o uso abusivo de **álcool** por muitos anos sejam fatores inespecíficos que favorecem o desenvolvimento do *delirium* sempre que o cérebro é agredido de forma aguda e difusa. Esses fatores gerais implicam uma **reserva funcional diminuída** do cérebro que, dessa forma, é mais limitado em termos de recursos compensatórios perante lesões, alterações funcionais e perdas neuronais. Deve-se lembrar que um cérebro lesado, atrofiado, com pouca reserva funcional é muito vulnerável a “desenvolver” o *delirium*, mesmo após alterações puramente ambientais ou psicológicas, como mudança de cidade, de domicílio ou mesmo transferência de quarto. Além disso, nos indivíduos vulneráveis, estresses biológicos aparentemente banais, como uma infecção urinária, podem desencadear quadros de *delirium*.

Quadro 36.2
Características clínicas do *delirium* em comparação a demência, depressão e esquizofrenia

Características	*Delirium*	Demência	Depressão	Esquizofrenia
Início	**Agudo**	Insidioso	Variável	Variável
Curso	**Flutuante**	Progressivo, com perdas cognitivas cumulativas	Episódios que se repetem, sem deterioração	Surtos com possível deterioração
Reversibilidade	**Sim**	Não	Sem prejuízos	Com prejuízos afetivos e da personalidade
Nível de consciência	**Prejudicado**	Claro	Claro	Claro Pode haver perplexidade
Atenção/ memória	**Desatenção marcante, memória ruim**	Memória progressivamente pior, sem desatenção marcante	Atenção ruim Memória pouco prejudicada	Atenção ruim Memória pouco prejudicada
Delírio	**Efêmero, fragmentado**	Paranóide, pouco elaborado	Congruente com o humor	Freqüente, pode ser elaborado

Quadro 36.3

Causas mais freqüentes de *delirium*

1. Quadros de abstinência de substâncias	**Álcool**, barbitúricos, benzodiazepínicos, opióides, etc.
2. Intoxicações	Substâncias **anticolinérgicas**, corticosteróides, álcool, cocaína, opiáceos, **sedativos**, levodopa, metildopa, hidrocarbonetos, solventes orgânicos, metais pesados, gasolina, monóxido de carbono, etc.
3. Traumas físicos	**Trauma cranioencefálico**, choque elétrico, choque térmico, hipertermia, hipotermia
4. Doenças vasculares	**Acidentes vasculares cerebrais** isquêmicos ou hemorrágicos, hemorragia subaracnóide, tromboses venosas, vasculites (lúpus, poliarterite nodosa, arterite temporal e outros), etc.
5. Hipoxia	Insuficiência ou falência cardíaca, infarto do miocárdio, arritmias cardíacas, insuficiência pulmonar, hemorragias e anemias significativas
6. Hipoglicemia	Diabete melito, caquexia, etc.
7. Deficiências vitamínicas	**Vitamina B12** (cianocobalamina), ácido fólico, vitamina B1 (tiamina), ácido nicotínico, etc.
8. Alterações do equilíbrio eletrolítico	Hiper ou hiponatremia, hipercalemia, hipo ou hipercalcemia, hiper ou hipomagnesemia, alcalose, acidose, intoxicação por água, desidratação
9. Alterações metabólicas hepáticas, renais ou pancreáticas	Alterações do metabolismo hepático, elevação da uréia e da creatinina, etc.
10. Endocrinopatias	Hipertireoidismo, hipotireoidismo, síndrome de Addison, hiperparatireoidismo, hipoparatireoidismo, hiperinsulinismo, síndrome de Cushing, etc.
11. Infecções do SNC	**Encefalites** e meningoencefalites por: Herpes simplex, neurossífilis, neurotuberculose, meningoencefalites por agentes inespecíficos, abscessos cerebrais
12. Infecções sistêmicas (toxemia infecciosa)	**Pneumonias** em geral, ***influenza***, endocardite, infecções urinárias em idosos, malária, mononucleose, leptospirose, etc.
13. Epilepsia	**Crises parciais complexas**, confusão pós-ictal
14. Enxaqueca	Crises enxaquecosas com alteração da consciência
15. Doenças degenerativas cerebrais	*Delirium* superimposto a quadros demenciais (Alzheimer, vasculares, etc.), síndrome e doença de Parkinson, coréia de Huntington, esclerose múltipla, etc.

(*Continua*)

(*Continuação*)

16. Tumores intracranianos	**Hematoma subdural**, aneurisma, neoplasias, cistos parasíticos (neurocisticercose), etc.
17. Erros inatos do metabolismo	Porfiria
18. Síndrome paraneoplásica	Neoplasias malignas em geral
19. Transtornos primários ou secundários à infecção por HIV	Complexo cognitivo-motor da AIDS, neurotoxoplasmose, neurotuberculose, meningoencefalite por citomegalovírus, linfoma do SNC, etc.

Questões de revisão

- Cite cinco termos também utilizados para designar o *delirium*.
- Quais são as principais características do *delirium*?
- Quais são os subtipos de *delirium*? Qual é a forma com pior prognóstico?
- Quais são as causas mais freqüentes de *delirium*?
- Descreva os diagnósticos diferenciais do *delirium*.

37

Demências

Lutei com nada e nada valia a lida.
Amei a Natureza e logo após a Arte;
Aqueci as mãos ante o fogo da vida;
Tudo se afunda e estou como quem já parte.

Walter Savage Landor (1775-1834)
(em No seu septuagésimo-quinto aniversário*)*

Eugen Bleuler (1985) caracteriza as síndromes demenciais (ou, na sua terminologia, "psicossíndrome orgânica difusa") por um empobrecimento e uma simplificação progressiva de todos os processos psíquicos, cognitivos e afetivos. Para ele, "o tesouro de representações e recordações empobrece. Especialmente empobrecida é a capacidade de organização tanto no pensamento como no sentir". Há, em conseqüência disso, uma perturbação básica da capacidade de crítica e julgamento. Aqui as alterações difusas do tecido nervoso em grandes partes do cérebro são o fundamento das perturbações cognitivas e psíquicas de modo geral. Bleuler (1985) relata, com perspicácia clínica, como esses doentes se apresentam:

> Nas demências, há um empobrecimento e uma simplificação progressiva de todos os processos psíquicos, cognitivos e afetivos.

> Com ou sem sintomas nervosos, o doente fracassa lentamente no decurso de vários anos, ora mais rapidamente, em poucas semanas, no trabalho e no seu comportamento social. Torna-se superficial e negligente, esquece de pagar a conta no restaurante, ou se deixa servir sem ter dinheiro. [...] não cuida de si mesmo [...] compra quatro guarda-chuvas de uma só vez sem saber por que, não é mais capaz de se orientar nas ruas. A cozinheira esquece de colocar sal na comida ou põe açúcar na sopa.

Nessa mesma linha, o psicopatólogo argentino Juan Betta (1972) afirmava:

> Quando a memória se extingue, a vida psicológica se torna precária, borram-se as lembranças e se desvanecem os acontecimentos que acrescentam transcendência à existência do indivíduo. Ao debilitar-se a integridade da personalidade, esta perde seu equilíbrio e começa a desintegrar-se.

As síndromes demenciais definem-se, portanto, pelas perdas de múltiplas habilidades cognitivas e funcionais, sendo mais relevantes os seguintes aspectos clínicos:

1. **Perda da memória** é o elemento central das síndromes demenciais. O déficit de memória é, de modo geral, multimodal, abarcando várias modalidades de memória (não se restringindo apenas à memória verbal), pois a síndrome demencial não é de natureza focal. A perda de memória concentra-se principalmente na memória recente, de fixação. Apenas em fases avançadas há perda da memória remota e da capacidade de evocação. As perdas de memória seguem, de modo geral, a lei de Ribot.
2. **Perda de múltiplas funções cognitivas**, além da memória, como: alterações da linguagem (no início, dificuldade em encontrar as palavras, posteriormente, parafasias semânticas e narrativas, afasias), agnosias (p. ex., dificuldade ou incapacidade de reconhecer pessoas conhecidas ou locais de sua cidade), das atividades gestuais no vestir-se, construir objetos (apraxias), do raciocínio complexo, de habilidades aritméticas (acalculia), da compreensão de problemas e de novas situações ambientais, da capacidade de aprendizagem e julgamento, da orientação direita-esquerda e das relações espacio-simbólicas.
3. **Alterações das funções executivas** associadas ao lobo frontal: perda da capacidade de planejamento e monitorização de atos complexos, da capacidade para solução de problemas novos, diminuição da fluência verbal, perseveração, perda da flexibilidade cognitiva, dificuldades com o pensamento abstrato, etc.
4. **Alterações da personalidade**, como a perda dos hábitos sociais mais refinados e do controle emocional, com atitudes grosseiras e inadequadas. Verifica-se também progressivo desleixo com higiene pessoal, vestimenta, alimentação, atividades fisiológicas e de toalete. Há, conseqüentemente, tendência à desinibição da personalidade e à deterioração do comportamento social global.
5. **O curso é insidioso e progressivo**, freqüentemente também irreversível. Embora representem uma pequena minoria, existem formas tratáveis e reversíveis de demência.
6. **Presença de alterações difusas do tecido cerebral**, sobretudo do córtex dos hemisférios cerebrais (mas, atualmente, reconhece-se também a importância das demências subcorticais, acometendo a substância branca subcortical e a glia). A síndrome demencial é, portanto, **decorrente de doença cerebral** difusa, crônica e, geralmente, progressiva.
7. Em geral o **nível de consciência apresenta-se normal**; o paciente está desperto, vigil; seu sensório é claro. Não há obnubilação de

A perda de memória concentra-se principalmente na memória recente, de fixação.

Verifica-se também progressivo desleixo com higiene pessoal, vestimenta, alimentação, atividades fisiológicas e de toalete.

consciência (ausência do *delirium* na maior parte do tempo).

8. Podem surgir **sintomas psiquiátricos associados**, como idéias paranóides, depressão, ansiedade, alucinações, delírios e heteroagressividade.

As demências implicam, portanto, uma progressiva e, com o tempo, profunda desorganização da vida mental e social do sujeito (Gil et al., 2001). Há a dolorosa perda da vida psíquica, sentida sobretudo por pessoas mais próximas ao paciente (Garner, 1997).

Como sistema simplificado de detecção de síndromes demenciais, sugere-se as questões do Quadro 37.3, assim como o trabalho de Nitrini e colaboradores (1994).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA SÍNDROME DEMENCIAL

1. **Transtorno depressivo** produzindo déficit cognitivo transitório e funcionalmente derivável da alteração do humor. Denomina-se **pseudodemência depressiva** a perda de memória de pacientes deprimidos, secundária a déficit de atenção, concentração e motivação. As perdas de memória são revertidas após o tratamento exitoso da depressão.
2. O quadro de ***delirium*** (síndrome confusional aguda) também revela déficits cognitivos. Entretanto, nesse caso, há sempre alteração do nível de consciência, que está na base das alterações cognitivas do *delirium*.
3. **Retardo mental** leve ou moderado: quando não se tem a história clínica do paciente, pode-se cair no equívoco de atribuir as dificuldades cognitivas de um paciente com retardo mental congênito à síndrome demencial. Além disso, no retardo mental, as dificuldades cognitivas são mais homogêneas que nas demências. No indivíduo com retardo, não se observam "lampejos" de inteligência e função cognitiva normal, aspectos que podem ser detectados nos sujeitos com síndromes demenciais.

CAUSAS ETIOLÓGICAS MAIS FREQÜENTES DAS DEMÊNCIAS

Doença de Alzheimer (Cummings, 2004)

Descrição geral

- A doença de Alzheimer é uma condição progressiva, decorrente de processo neurodegenerativo, que se manifesta por perdas cognitivas, em particular da memória, da linguagem e das funções visuoespaciais, com empobrecimento progressivo das habilidades e atividades diárias. É questionável se, com o avançar da idade, a doença de Alzheimer seria algo inexorável (se envelhecêssemos o suficiente todos chegaríamos a tê-la) (Ritchie, 1997). As perdas cognitivas e da personalidade ocorrem associadas ao processo degenerativo do tecido cerebral, de etiologia ainda não totalmente esclarecida.
- A instalação do quadro é insidiosa; e a evolução, lenta (geralmente por mais de dois anos).
- Início na velhice, principalmente a partir dos 60 anos de idade; se o início ocorrer antes dos 65, denomina-se de "subforma pré-senil"; se ocorrer após os 65 anos, denomina-se "subforma senil". A subforma

pré-senil tem componente genético-familiar mais evidente, além de curso mais rápido e mais grave.

- Alterações histoquímicas características da doença de Alzheimer (entre outras, a produção e o acúmulo no cérebro do peptídeo beta-amilóide).
- Sintomas psicopatológicos não-cognitivos ocorrem com freqüência na doença de Alzheimer; alterações do humor e da volição (depressão, desinibição) surgem precocemente na doença e acompanham o seu curso. Sintomas psicóticos (delírios, ilusões e alucinações), assim como a agitação psicomotora, ocorrem mais nas fases intermediárias e finais da doença.

Demência vascular (Engelhardt et al., 2006)

Atualmente, utiliza-se o termo demência vascular para agrupar o conjunto de quadros de perdas cognitivas e alterações da personalidade associadas a certas doenças cerebrovasculares. Tem sido proposto o termo **comprometimento cognitivo vascular** (CCV) como categoria ampla que incluiria tanto formas leves de comprometimento cognitivo de origem vascular até as demências vasculares propriamente ditas.

Mais freqüentemente, a demência vascular é expressão de uma doença vascular isquêmica subcortical (36 a 67% das demências vasculares). Trata-se de um quadro demencial secundário a infartos lacunares e lesões isquêmicas da substância branca, de efeito cumulativo, decorrentes de alterações degenerativas de pequenos vasos arteriais. Menos freqüentemente, a demência vascular também pode ser decorrente de lesões de vasos arteriais grandes em regiões corticais (as demências após acidentes vasculares corticossubcorticais de grandes vasos – AVC – representam 20 a 30% das demências vasculares). Mais raramente, podem ocorrer quadros demenciais associados a encefalopatia anóxico-isquêmica difusa e isquemia após vasoespasmo na hemorragia subaracnóide (Engelhardt et al., 2006).

> Mais freqüentemente, a demência vascular é expressão de uma doença vascular isquêmica subcortical (36 a 67% das demências vasculares).

Pode-se identificar, em alguns pacientes com demência vascular, história de ataques isquêmicos transitórios, com sinais e sintomas neurológicos focais. Esses pequenos infartos cerebrais são, geralmente, seguidos de comprometimento cognitivo progressivo. A evolução das demências vasculares, devido a esses períodos alternados de piora rápida e posterior estabilização, revela, com certa freqüência, o perfil de evolução do tipo "em escada", diferindo, portanto, da evolução das demências degenerativas (Alzheimer, Pick, etc.), que apresentam evolução das perdas cognitivas mais insidiosa e homogênea (Quadro 37.1). Além disso, nas demências vasculares, são mais freqüentes algumas condições associadas à patologia vascular disseminada, como hipertensão arterial, sopro carotídeo, doença cardiovascular, diabete e dislipidemias.

> Nas demências vasculares, são mais freqüentes algumas condições associadas à patologia vascular disseminada, como hipertensão arterial, sopro carotídeo, doença cardiovascular, diabete e dislipidemias.

Demência por corpos de Lewy

Esta demência ocorre devido a uma alteração neuropatológica denominada "corpos de Lewy". Trata-se de inclusões citoplasmáticas esféricas intraneuronais espalha-

Quadro 37.1
Aspectos clínicos das demências vasculares, avaliados pela Escala de Hachinski modificada

Aspecto clínico	Pontos
Surgimento abrupto	2
Deterioração em degraus	1
Curso flutuante	2
Confusão noturna	1
Preservação relativa da personalidade	1
Depressão	1
Queixas somáticas	1
Incontinência emocional	1
História de presença de hipertensão arterial	1
História de "derrames" (acidentes vasculares anteriores)	2
Evidências de aterosclerose associada	1
Sintomas neurológicos focais	2
Sinais neurológicos focais	2
Total	
Um escore total maior que 7 sugere demência vascular, e um escore total menor ou igual a 4 sugere, em paciente dementado, demência degenerativa não-vascular.	

das por todos os núcleos subcorticais, substância negra e córtex (nesse caso, predominantemente nas regiões paralímbicas) (Askin-Edgar; White; Cummings, 2006). Nessa forma de demência, ocorrem os seguintes sinais e sintomas:

1. Síndrome demencial progressiva
2. Prejuízo cognitivo flutuante (flutuação do nível de consciência e da capacidade atencional)
3. Sintomas extrapiramidais (rigidez e hipocinesia)
4. Alucinações visuais (tipicamente de contornos nítidos) (Ransmayr et al., 2000)

Os sintomas extrapiramidais precedem ou acompanham as perdas cognitivas. Esses pacientes anteriormente eram diagnosticados como tendo demência associada à doença de Parkinson, mas diferem dos portadores de Parkinson, pois apresentam menos tremor de repouso, mais mioclonias, mais alterações de memória, alterações visuoespaciais e frontais, assim como mais alucinações, delírios e pior resposta à L-dopa. Tais pacientes são muito sensíveis aos efeitos colaterais dos neurolépticos.

Demência subcortical

Clinicamente, além de perdas cognitivas globais, chamam atenção os sintomas afetivos, em especial apatia, abulia, às vezes irritabilidade, depressão ou mania e mudanças na personalidade (desconfiança, comportamento excêntrico ou bizarro, perda de inibição social, arrogância, aumento da religiosidade, etc.) e lentificação psicomotora. A demência subcortical origina-se freqüentemente de lesões e processo degenerativos da substância branca subcortical (em geral doenças vasculares ou desmielinizantes), dos núcleos da base (síndromes parkinsonianas ou coréias) e de demais estruturas diencefálicas ou do tronco cerebral.

A demência subcortical origina-se freqüentemente de lesões e processo degenerativos da substância branca subcortical.

As causas mais comuns de demência subcortical são:

- Complexo cognitivo-motor associado à AIDS (complexo AIDS-demência)
- Síndrome e doença de Parkinson
- Coréia de Huntington
- Doença de Wilson
- Infartos talâmicos e no núcleo caudado
- Pequenos e múltiplos infartos da substância branca periventricular

Demências frontotemporais (Askin-Edgar; White; Cummings, 2006)

As demências frontotemporais são quadros extremamente graves, pois ocorrem na faixa etária entre 40 e 65 anos e produzem alterações marcantes da personalidade, do comportamento, de funções cognitivas como julgamento e planejamento, assim como distúrbios significativos da linguagem. Clinicamente, as alterações de personalidade típicas são desinibição, perda do "tato social" (incapacidade de entender e interpretar sinais sociais) e rudeza emocional. Além disso, há também apatia, dificuldade de manter relações afetivas empáticas, falta de *insight* e de julgamento, assim como planejamento pobre (Baldwin; Förstl, 1993). Existem três subtipos de demência frontotemporal: um com predomínio da **desinibição**, outro com **afasia progressiva não-fluente** e mutismo e, finalmente, um terceiro denominado **demência semântica** (Mesulam, 2003), com perda do significado de palavras e do reconhecimento de rostos e objetos. Mutações no cromossomo 17 correspondem a 20 a 40% dos casos da forma familiar das demências frontotemporais (Askin-Edgar; White; Cummings, 2006).

Outras formas de demência

Um número muito grande de condições pode produzir quadros demenciais, sobretudo no idoso. Denomina-se demência mista a co-ocorrência de doença de Alzheimer

Denomina-se demência mista a co-ocorrência de doença de Alzheimer e alterações vasculares compatíveis com a demência vascular.

e alterações vasculares compatíveis com a demência vascular. Outras condições associadas às demências são: paralisia nuclear progressiva, doença de Fahr, doença de Hallervorden-Spatz, degeneração corticobasal, atrofias de múltiplos sistemas, demência hidrocefálica, encefalopatias espongiformes subagudas (a mais comum é a doença de Creutzfeldt-Jakob) (Quadro 37.2). Para mais detalhes, consultar a boa revisão de Askin-Edgar, White e Cummings (2006).

SÍNDROMES PSICO-ORGÂNICAS FOCAIS OU LOCALIZADAS

Segundo a concepção de Eugen Bleuler (1985), as síndromes psico-orgânicas localizadas caracterizam-se por lesões circunscritas a determinadas áreas cerebrais (frontal, temporal, límbicas, núcleos da base, etc.), que geralmente produzem perturbações predominantes na esfera do hu-

Quadro 37.2
Principais causas de demência

1. Demências por doenças degenerativas cerebrais	Doença de **Alzheimer**, doença de Parkinson, doença de Pick, demência por corpos de Lewy, coréia de Huntington, doença de Wilson, paralisia supranuclear progressiva, degeneração corticobasal, degeneração de múltiplos sistemas, etc.
2. Demências vasculares	**Demência por pequenos vasos** (infartos lacunares em substância branca subcortical), demência pós-AVCs, doença oclusiva de artérias carótidas, doença de Binswanger, vasculites, hemorragia subaracnóide, etc.
3. Demência associada a substâncias tóxicas	**Alcoolismo crônico**, metais pesados como mercúrio, chumbo, arsênico, tálio, etc.
4. Demências por deficiências vitamínicas	**Vitamina B12** (cianocobalamina), ácido fólico, vitamina B1 (tiamina), ácido nicotínico, etc.
5. Demências por infecções do SNC	**Neurossífilis**, **neurocisticercose**, demência como seqüela de encefalites (p. ex., **herpes simplex**)
6. Demências por hidrocefalias	**Hidrocefalia de pressão normal**, outras hidrocefalias
7. Demência por traumas físicos	**Trauma cranioencefálico**, choque elétrico, choque térmico, hipertermia, hipotermia
8. Demências por tumores intracranianos	**Hematoma subdural crônico**, grandes aneurismas, neoplasias cerebrais, meningeomas, etc.
9. Demências por endocrinopatias e causas metabólicas	**Hipotireoidismo**, hipo ou hiperparatireoidismo, hiperinsulinismo, demência dialítica, etc.
10. Demências secundárias à infecção pelo HIV	**Complexo cognitivo-motor da AIDS**, leucoencefalopatia multifocal, neurotoxoplasmose, neurotuberculose, meningoencefalite por citomegalovírus, linfoma do SNC, etc.

Quadro 37.3

Perguntas de rastreamento aos familiares, acompanhantes ou cuidadores sobre possível síndrome demencial

Comparando o comportamento, a memória e as habilidades do paciente no momento atual em relação a 5 ou 10 anos atrás (quando ele ainda estava bem), você diria que:

- Ele tem dificuldades para lembrar coisas que aconteceram recentemente?
- Tem dificuldades para lembrar onde as coisas costumam ser guardadas?
- Tem dificuldades para lembrar coisas sobre a família e os amigos, como nomes, profissões, aniversários e endereços?
- Às vezes, confunde pessoas, não sabe quem é uma pessoa previamente conhecida (um sobrinho, um neto, um conhecido da família ou mesmo um filho ou o cônjuge)?
- Tem dificuldades para lidar com questões financeiras, controlar a conta no banco, lidar com dinheiro, conferir trocos, pagar as contas?
- Tem dificuldades para achar a palavra certa quando está falando sobre as coisas?
- Tem dificuldades para fazer as coisas rotineiras da casa, como cozinhar, limpar, fazer as compras?
- Já se perdeu na cidade? E no seu bairro? Já se perdeu em sua casa?

As síndromes e psicorgânicas focais produzem perturbações predominantes na esfera do humor, dos impulsos instintivos e da personalidade, com certa manutenção das funções cognitivas globais.

mor, dos impulsos instintivos e da personalidade, com certa manutenção das funções cognitivas globais (pelo menos, das mais básicas). Assim, a inteligência e a cognição global do paciente podem não estar tão gravemente prejudicadas como nas síndromes demenciais.

Segundo Bleuler (1985), não é incomum observar pessoas que, antes da lesão cerebral, eram responsáveis e espertas tornarem-se, após a lesão, apáticas. Elas não se preocupam mais com o sustento da família e negligenciam o cuidado do próprio corpo. Podem perceber, em certo grau, o terrível de seu estado e comportamento, mas tal discernimento não as atinge, minguando, por detrás da impulsividade aumentada, o senso de responsabilidade e piedade para com os outros (Bleuler, 1985).

As principais síndromes psico-orgânicas focais são apresentadas a seguir.

Síndrome amnéstica

A síndrome amnéstica, ou síndrome de Wernicke-Korsakoff, caracteriza-se pela perda da memória de fixação. Nos casos graves, o doente é incapaz de reter qualquer informação nova; não aprende nada; segundos após ser apresentado ao médico, não sabe dizer quem é ele nem o seu nome.

A **síndrome de Wernike-Korsakoff (SWK)** é constituída por duas "subsíndromes" que, com freqüência, se sucedem temporalmente. O quadro de Wernicke geralmente é decorrente da deficiência de vitamina B1 (tiamina), em indivíduos desnutridos, alcoolistas crônicos, caquéticos, etc. A **síndrome de Wernicke**, que corresponde ao quadro agudo, manifesta-se pela tríade:

1. **oftalmoplegias (paresias de diversos músculos orbitários, com ou sem nistagmo)**
2. **ataxia**
3. **confusão mental**

Já a **síndrome de Korsakoff** (Kopelman, 1995), que corresponde ao compo-

Quadro 37.4
Miniexame do estado mental (Minimental)

Nome do Paciente: ____ Data: ____ Idade: ____ Anos de escolaridade com sucesso: ____ Anos sem sucesso: ____	Máximo	Escore
Orientação: Em que ano, mês, dia do mês, dia da semana e hora aproximada estamos?	5	
Onde estamos: Estado, cidade, bairro, hospital e andar?	5	
Atenção e registro: Nomeie três objetos: Eu o ajudo a dizer cada um deles. Então pergunte ao paciente todos os três após tê-los nomeados. Conte um ponto para cada resposta correta. Então repita-os até que ele tenha aprendido os três.	3	
Atenção e cálculo: Subtraia a partir de 100 de 7 em 7. Dê um ponto para cada subtração correta. Pare após cinco respostas. Alternativamente peça para soletrar mundo de trás para a frente. (Para pacientes com nível de escolaridade inferior a quatro anos do Ensino Fundamental, peça para subtrair de 3 em 3 a partir de 20.)	5	
Lembrança (memória imediata): Pergunte os três objetos repetidos anteriormente. Dê um ponto para cada objeto correto.	3	
Linguagem: Mostre ao paciente uma caneta e um relógio e peça para que ele os nomeie.	2	
Peça ao paciente que repita: nem aqui, nem ali, nem lá.	1	
Linguagem e praxia		
Peça ao paciente que siga um comando de três estágios: Pegue este papel com a sua mão direita, dobre-o ao meio (pode usar as duas mãos) e coloque-o no chão.	3	
Leia e obedeça o seguinte: (Escreva, em uma folha, a frase: "Feche os olhos" mostre-a ao paciente e verifique se ele lê e realiza a ordem contida na frase).	1	
Peça ao paciente que escreva uma frase completa (a frase será considerada correta se contiver pelo menos três elementos sintáticos, isto é, sujeito, verbo e predicado) (p. ex., "A vida é boa" = correto; mas "Liberdade, paz" = errado).	1	
Copie um desenho (desenhe para o paciente dois pentágonos com pelo menos um ângulo entrecruzado entre eles).	1	
Escore total	30	

Resultados **abaixo de 24**, em indivíduos alfabetizados e não-idosos, indicam déficit cognitivo que pode ser devido a demência ou *delirium*. Um resultado **igual** ou **superior a 28** indica um estado cognitivo provavelmente normal (escores de 24 a 27 são de difícil interpretação). Entre indivíduos analfabetos, o ponto de corte é 13; e em indivíduos com escolaridade inferior à 8ª série, o ponto de corte é 18. Relativize o valor do exame de acordo com os itens a seguir: nível de consciência, motivação e concentração, além da idade, da escolaridade e da sofisticação cognitiva do paciente ao longo de sua vida, antes do início das dificuldades.

nente crônico, seqüelar, da SWK, é classicamente definida pela tríade:

1. **perda da memória de fixação**
2. **desorientação temporoespacial**
3. **confabulações**

Tanto a desorientação como as confabulações são hipoteticamente consideradas conseqüências da grave incapacidade do paciente em reter novas informações; ele se desorienta, pois não assimila a passagem do tempo, não fixa os lugares por onde passa, ele confabula e, perplexo diante de suas falhas de memória (lacunas mnêmicas), preenche inadvertidamente tais falhas com conteúdo inventado, colhido de suas fantasias. A confabulação geralmente tem caráter de grandeza. Pode-se afirmar, de forma simplificada, que a SWK resulta de lesões nos corpos mamilares, nos núcleos dorsomediais do tálamo ou do trato mamilotalâmico. O Quadro 37.5 apresenta os fatores etiológicos e os locais de lesão das síndromes amnésticas (a partir de Cummings, 1995).

Síndromes frontais

As diversas lesões que acometem as grandes áreas frontais produzem alterações mentais e comportamentais de extrema relevância para a psicopatologia (Dalgalarrondo; Oliveira, 1998). Cabe lembrar que as regiões pré-frontais são compostas de áreas neocorticais de grande importância para funções psíquicas próprias do ser humano: abstração, capacidade de resolver problemas novos, de planejar a ação futura, de adiar gratificações e lidar com

Quadro 37.5
Fatores etiológicos e locais de lesão nas síndromes amnésticas

Síndrome ou fator etiológico	Local da lesão
Déficit de tiamina	Hipocampo, fórnice, corpos mamilares, tálamo
Encefalite por Herpes simplex	Hipocampo
Distúrbios cerebrovasculares (principalmente da artéria cerebral posterior)	Hipocampo, tálamo
Trauma cranioencefálico	Hipocampo
Anoxia	Hipocampo
Hipoglicemia	Hipocampo
Hemorragia subaracnóidea (ruptura de aneurisma da artéria cerebral anterior)	Fórnice
Neoplasias	Fórnice, hipocampo, tálamo, lobo temporal
Amnésia global transitória	Isquemias do hipocampo
Cirurgia	Lobo temporal

as frustrações (inibindo impulsos mais primários).

As síndromes frontais dividem-se em três subsíndromes: síndromes orbitofrontais, síndromes frontomediais e síndromes da convexidade frontal (Quadro 37.6).

Principais síndromes frontais

Na **síndrome orbitofrontal**, a lesão situa-se na região frontal supra-orbitária (parte do lobo frontal situada logo acima das órbitas). O indivíduo torna-se **desinibido**, grosseiro, perde a "sensibilidade social", faz comentários e piadas inadequadas. Não demonstra empatia e pode apresentar-se **muito irritável e lábil**, tendendo, às vezes, a **reações explosivas**. Apesar dessas alterações de personalidade, pode apresentar a cognição global relativamente preservada. São freqüentes déficits olfativos associados.

Na **síndrome frontomedial**, ocorrem alterações comportamentais significativas, sendo a **inibição comportamental** e a **indiferença afetiva** os elementos mais característicos. Dependendo da extensão, os quadros podem incluir desde a leve diminuição da motivação e da vontade até o quadro extremo de mutismo acinético. De modo geral, indivíduos com lesões em áreas mediais dos lobos frontais apresentam apatia, diminuição da iniciativa e da mímica e motivação reduzida.

Na **síndrome da convexidade frontal**, predominam os sintomas cognitivos relativos às chamadas funções executivas frontais, como: resolução de problemas novos, planejamento do futuro e realização de atividades seqüenciadas. Os pacientes apresentam **perseverações** (dos atos, da linguagem, dos gestos, etc.), **dificuldades nos comportamentos seqüenciais**, **impersistência** (incapacidade de persistir em tarefas complexas), déficits em saltar (***shifting***) ou mudar de uma estratégia cognitiva para outra. Apresentam também o empobrecimento da capacidade de julgar e a tendência a respostas concretas quando se avalia o pensamento abstrato. A **depressão** freqüentemente acompanha as síndro-

Quadro 37.6
Subtipos de síndromes frontais segundo o local da lesão e os aspectos clínicos

Local da lesão	Tipo de síndrome frontal	Aspectos clínicos
Orbitofrontal	Síndrome de desinibição	Impulsividade, agressividade, perda do "tato social", indivíduo grosseiro, sem sensibilidade
Frontomedial	Síndrome apático-acinética	Indivíduo apático, sem iniciativa Diminuição da motivação
Convexidade frontal	Síndrome cognitiva com perda das funções executivas	Perseveração, perda da capacidade de persistência, incapacidade de realizar tarefas que incluam seqüências complexas

mes da convexidade frontal (sobretudo quando há lesão no hemisfério esquerdo).

Síndromes temporais e parietais

Os quadros com lesões temporais focais não são tão característicos como os quadros frontais, sendo inclusive controverso falar em síndrome temporal específica do ponto de vista psicopatológico. Sintomas como impulsividade, tendência a reações explosivas, agressividade, hiper ou hipossexualidade, hiper-religiosidade, medo de origem orgânica, alucinações auditivas ou visuais, depressão e delírios, assim como certos tipos de compulsões, são descritos em alguns pacientes com lesões temporais.

Em 1937, dois pesquisadores, Kluver e Bucy, ao explorar as funções dos lobos temporais, submeteram vários exemplares de *Macacus rhesus* à lobectomia temporal bilateral. Os dois autores observaram que esses macacos desenvolviam a seguinte síndrome: exagero do **comportamento oral**, isto é, o animal levava à boca todos os objetos que pegava; **placidez**, ou tendência a comportar-se de forma passiva e indiferente; **hiperfagia**, com ingestão maciça de alimentos; **comportamento sexual exagerado** e, em alguns casos, aumento de atividades auto-eróticas e homossexuais; **hipermetamorfose**, ou tendência à responsividade aumentada e indiscriminada perante a apresentação de objetos no campo visual, e cegueira psíquica ou **agnosia visual**, ou seja, incapacidade de reconhecer objetos conhecidos pela via visual. Essa síndrome, ao que tudo indica, só ocorre em primatas. No entanto, no ser humano (principalmente após encefalites virais e traumatismo cranioencefálico), têm sido descritos quadros muito semelhantes a ela, embora não se acredite que no homem seja possível uma síndrome idêntica à descrita nos macacos *rhesus* (Sanvito et al., 1982). A **síndrome de Klüver-Bucy** revela importantes implicações dos lobos temporais no comportamento, principalmente nas esferas do **comportamento alimentar**, da **sexualidade** e do **reconhecimento**.

> A síndrome de Klüver-Bucy revela importantes implicações dos lobos temporais no comportamento, principalmente nas esferas do comportamento alimentar, da sexualidade e do reconhecimento.

Em alguns quadros de epilepsia do lobo temporal, pode-se observar a **síndrome de Geschwind**, com viscosidade nos relacionamentos interpessoais, tendência à hipergrafia (tendência exagerada a escrever), circunstancialidade (o indivíduo é prolixo; seu pensamento é tangencial, não chega aos fins desejados), hiper-religiosidade e hipossexualidade.

Lesões temporoparietais esquerdas estão associadas com afasia fluente; e lesões mediotemporais esquerdas, com amnésia verbal. **Lesões temporoparietais direitas** relacionam-se com perda da capacidade musical e aprosoidia (perda da prosódia, da “música da fala”); e lesões mediotemporais direitas, com amnésia não-verbal.

As **lesões dos lobos parietais** chamam atenção pela perda da capacidade de reconhecimento (agnosias) e pela negligência de importantes aspectos da realidade. Os pacientes podem não reconhecer o hemicorpo contralateral à lesão, não identificar seu déficit motor ou sensorial (anosognosia). Apesar de gravemente doentes, apresentam certa indiferença e alegria pueril diante de suas graves deficiências.

> As lesões dos lobos parietais chamam atenção pela perda da capacidade de reconhecimento (agnosias) e pela negligência de importantes aspectos da realidade.

Além da delimitação das síndromes psico-orgânicas focais pela área cerebral lesada, também descrevem-se essas sín-

dromes focais pelo quadro psicopatológico predominante. Assim, há síndromes psico-orgânicas focais afetivas (depressivas, maníacas, ansiosas, etc.), delirantes, alucinatórias, da personalidade, com disfunção sexual, etc. A tendência atual é denominá-las "transtornos mentais devidos a condições médicas gerais".

Questões de revisão

- Quais são os principais aspectos clínicos das síndromes demenciais?
- Descreva os principais diagnósticos diferenciais da síndrome demencial.
- Cite os principais aspectos da demência de Alzheimer, da demência vascular, da demência subcortical e da demência frontotemporal.
- Descreva a síndrome de Wernike-Korsakoff.
- Descreva as três síndromes frontais.

38

Síndromes relacionadas à cultura

PSICOPATOLOGIA E CULTURA

O universo cultural no qual o indivíduo se desenvolveu traz consigo um conjunto de valores, símbolos, atitudes, modos de sentir, de sofrer, enfim, formas de organizar a subjetividade, que são fundamentais na constituição do sujeito, das suas relações interpessoais e de seu adoecer.

O ser humano deve ser compreendido em suas duas dimensões básicas: sua constituição, seu funcionamento biológico (natureza) e o conjunto de experiências interpessoais; e a sua história e o contexto social no qual vive e foi formado (cultura).

Essa dupla dimensão da experiência humana é reconhecida desde a Antigüidade; assim, Cícero (106-43 a.C.) afirmava que "pelo uso das nossas próprias mãos criamos dentro do reino da natureza uma segunda natureza para nós mesmos". Essa segunda natureza (cultura) que o homem cria para si próprio torna-se o instrumento pelo qual ele interpreta a natureza (biologia) que ele não fez. Ou seja, a significação dos fenômenos naturais (fisiologia, doenças físicas, alterações neuronais) é sempre produto de uma reinterpretação, de um "constituir sentidos" à luz do contexto cultural (a segunda natureza).

A significação dos fenômenos naturais (fisiologia, doenças físicas, alterações neuronais) é sempre produto de uma reinterpretação, de um "constituir sentidos" à luz do contexto cultural (a segunda natureza).

Cultura é algo difícil de definir, pois tem sido concebida de inúmeras maneiras por seus estudiosos. Para o antropólogo Clifford Geertz (1978), a cultura é um

> padrão de significados transmitido historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida.

Ele cita o seguinte exemplo, que parece bastante elucidativo (Geertz, 1978, p. 16):

> Consideremos dois garotos piscando rapidamente o olho direito. Num deles, esse é um tique involuntário; no outro, é uma piscadela conspiratória a um amigo... Assim, este último, o piscador, executou duas ações – contrair a pálpebra (ato neurológico) e piscar (ato cultural) – enquanto o que tem um tique nervoso apenas executou uma – contraiu as pálpebras (ato neurológico). Contrair as pálpebras de propósito, quando existe um código público no qual agir assim significa um sinal conspiratório,

é piscar; um gesto pleno de história e significado, um sinal de cultura.

Há muitas décadas, os pesquisadores em psicopatologia têm se interessado vivamente pela relação entre os transtornos mentais e a cultura. Têm sido descritas algumas "síndromes culturalmente relacionadas", ou seja, determinados quadros sintomáticos que ocorrem em apenas certos grupos culturais. Tais síndromes seriam "próprias" e circunscritas a apenas alguns grupos culturais e, de alguma forma, resultariam de repertórios comportamentais específicos para se lidar com o sofrimento, característicos de cada cultura (Leff, 1988; Lantéri-Laura, 2004).

No Quadro 38.1, são apresentadas, de forma resumida, as principais síndromes relacionadas à cultura, observadas por diversos psicopatólogos em diferentes culturas, desde o final do século XIX até os dias atuais (Friedmann; Faguet, 1982).

Os diferentes modos de representação do sofrimento mental que cada cultura desenvolve têm sido objeto de interesse da psicopatologia, bem como a linguagem das emoções (padrões de expressão de afetos, termos e vocábulos característicos para designar este ou aquele estado afetivo, etc.) e os processos simbólicos de "cura" e as formas de tratamento popular para o sofrimento mental e o desvio comportamental (Kleinman, 1988).

Os diferentes modos de representação do sofrimento mental que cada cultura desenvolve têm sido objeto de interesse da psicopatologia.

Recentemente, tem crescido o interesse pela identificação da influência que variáveis socioculturais exercem sobre a freqüência, a constituição e as formas de manifestação das diversas síndromes psicopatológicas. As variáveis mais estudadas têm sido migração e urbanização recente, pobreza, filiação religiosa e religiosidade, assim como violência e criminalidade.

Os pesquisadores têm investigado em que grau os transtornos mentais "clássicos" (depressão, esquizofrenia, fobias, etc.) variam de um contexto cultural para outro. As comparações têm sido feitas principalmente entre dois pólos básicos – o das sociedades industrializadas e o das sociedades rurais ou semi-rurais:

1. **Sociedades industrializadas** (p. ex., países da Europa Ocidental e da América do Norte), imersas na cultura da "modernidade". Nessas sociedades, predominam a família nuclear, pouca influência da religião e da tradição sobre os valores e as atitudes dos indivíduos, maior nível escolar, simetria de poder nas relações homem-mulher e nítida separação entre o domínio da vida privada e o da vida pública.
2. **Sociedades "tradicionais", rurais** ou semi-rurais (p. ex., países africanos, determinadas áreas dos países asiáticos, da Oceania e da América Latina), imersas na cultura da "tradição", nas quais predominam família extensa, forte influência da religião sobre as decisões pessoais e sobre a subjetividade, baixa escolaridade formal, assimetria de poder nas relações homem-mulher e interpenetração do domínio privado e do público.

Obviamente, o contexto sociocultural brasileiro também oferece formas particulares de organização do sofrimento mental. Nesse sentido, são expostos, no Quadro 38.3, de modo resumido, algumas síndromes relacionadas à cultura, bem como seus sintomas, observadas em diferentes grupos culturais da realidade brasileira (São Paulo, 1936; Araújo, 1979).

Quadro 38.1
Síndromes relacionadas à cultura no contexto internacional

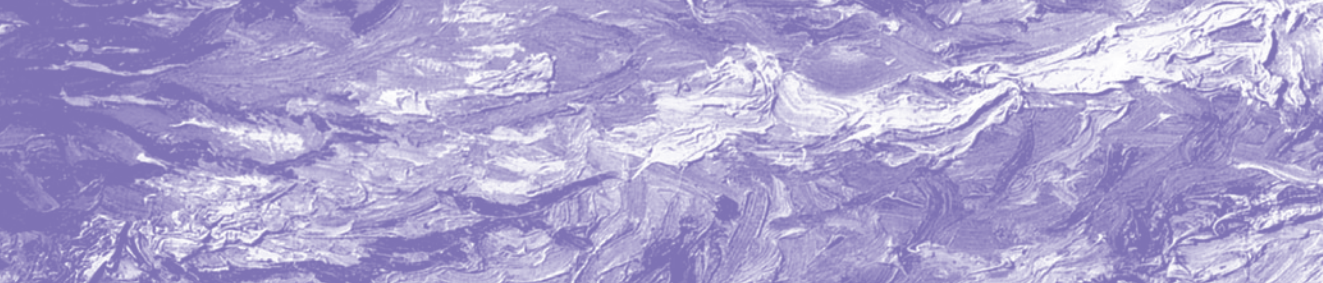
Síndrome	Grupo cultural	Entidades mais semelhantes no contexto ocidental	Características
Latah	Malásia	Histeria, transtorno de Tourette	Quadro de extrema sugestionabilidade, acompanhado de obediência automática, ecopraxia, ecomimia, ecolalia, tiques motores, pequenos saltos, etc.
Amok	Malásia	Quadros dissociativos, furor catatônico ou epiléptico, mania, depressão agitada, etc.	Um período (horas ou dias) de recolhimento ou tristeza é seguido por episódio intenso de agitação psicomotora; o sujeito sai correndo, atacando e destruindo tudo que se encontra ao seu alcance, cometendo homicídios inclusive. Termina com exaustão e amnésia do ocorrido.
Koro	Sudeste asiático	Hipocondria, dismorfofobia, ansiedade	Crença de que o pênis irá encolher, retraindo-se em direção ao abdome, causando a morte do infeliz.
Pibloktoq	Esquimós do norte da Groenlândia	Histeria	Irritabilidade seguida de intensa agitação psicomotora (indivíduo joga-se no chão, rola pela neve, etc.), convulsões, sono profundo e amnésia do ocorrido.
Brain Fag	África, abaixo do Saara (grupos recém-urbanizados)	Hipocondria, somatização, síndrome da fadiga crônica	Cansaço crônico, cefaléia, dificuldades visuais e cognitivas.
Voodoo	Haiti	Fobia social, depressão, esquizofrenia paranóide, etc.	Feitiçaria realizada contra a vítima, que passa a ser totalmente rejeitada e isolada pelo meio social, tornando-se deprimida, apática, inapetente, podendo, inclusive, morrer por tal quadro (a chamada *morte voodoo*).
Windigo	Índios canadenses (Algonkians)	Psicose paranóide	Medo intenso e convicção de tornar-se um canibal por meio da possessão pelo *windigo*, uma criatura mítica maligna.
Ataque de nervios	América Latina (principalmente hispânica)	Transtorno somatoforme, hipocondria, ansiedade generalizada	Queixas de cefaléia, insônia, inapetência, medos, raivas, tremores, quedas, fadiga e desespero. Descrito primeiro na Costa Rica, mas difundido na América Latina.
Couvade (choco)	Difundido pelo mundo	Transtorno somatoforme	É o resguardo tomado pelo pai, antes, durante ou depois do parto da mulher. O pai pode ter sintomas semelhantes aos da mulher grávida (náuseas, indisposição, dores nas costas, etc.).
Susto	América Latina (principalmente hispânica)	Transtorno de estresse pós-traumático, reações de ajustamento, depressão	Após um evento estressante intenso (traumas emocionais, brigas violentas, etc.), o indivíduo passa a apresentar estado de mal-estar generalizado, anedonia, desânimo.

Quadro 38.2

Diferença do padrão de transtornos e sintomas mentais nas distintas culturas

Transtorno mental	Sociedades industrializadas	Sociedades rurais
Depressão	Predominam: Humor triste Delírios de ruína Redução da auto-estima Idéias de culpa Auto-acusação	Predominam: Sintomas somáticos (cefaléias, “corpalgia”) Agitação psicomotora Confusão mental Sintomas histéricos A depressão “endógena” seria mais rara entre grupos indígenas e na África
Síndromes ansiosas	Mais sintomas psíquicos	Mais sintomas somáticos
Esquizofrenia (Jablensky et al., 1992)	**Pior prognóstico** Mais sintomas afetivos, principalmente depressão Mais “inserção” e “publicação” do pensamento Predominam as formas clássicas (paranóide, hebefrênica, catatônica e simples) Nos EUA, negros teriam mais sintomas paranóides que os brancos. Na Inglaterra, filhos e netos de afro-caribenhos apresentam significativamente mais esquizofrenia	**Melhor prognóstico** Mais alucinações visuais e auditivas Mais “vozes que comentam a ação” Formas confusionais (seriam quadros orgânicos?) Formas paranóides desorganizadas Delírios místicos, de possessão Delírios hipocondríacos Delírios com ancestrais
Psicoses reativas	Menos freqüentes	Mais freqüentes Haveria, de fato, um número significativo de casos em países subdesenvolvidos
Transtorno bipolar	Nos EUA, parece haver, entre os negros, uma proporção maior de esquizofrenia e menor de transtorno bipolar em comparação com os brancos	Formas de “mania reativa” seriam mais freqüentes
Anorexia nervosa	Seria mais freqüente em sociedades urbanas, ricas e ocidentais Nessas sociedades, embora ocorram casos, seriam mais raros em negros e grupos migrantes do Terceiro Mundo	Seria rara em sociedades rurais e pobres
Transtorno obsessivo-compulsivo	Mais freqüente nos países ocidentais	Seria mais raro na África
Histeria	Menos freqüente em países como a Inglaterra e a Escandinávia	Mais freqüente em sociedades não-industrializadas Mais freqüente nos países árabes(?)

Quadro 38.3
Síndromes relacionadas à cultura no contexto brasileiro

Síndrome "cultural"	Grupo religioso ou cultural	Características
Dom da fala ou glossolalia	Principalmente em grupos pentecostais (Assembléia de Deus, Congregação Cristã, Igreja Universal, etc.)	Em estado de transe, de beatitude, o crente passa a falar uma linguagem incompreensível (como se fosse uma língua estrangeira), às vezes gutural. O fenômeno é interpretado como um dom oferecido ao crente pelo Espírito Santo.
Obsessão ou "estar *obsedado ou obsidiado*"	No espiritismo kardecista	Geralmente um espírito *obsessor* exerce ação negativa sobre o indivíduo, causando sintomas muito variados, como angústia, depressão, fobias, dependências químicas, idéias suicidas, psicoses, etc. Os espíritas preconizam a cura pelo tratamento espiritual da "*desobsessão*".
Estados de possessão	Nas religiões afro-brasileiras (candomblé, umbanda, etc.), eventualmente no pentecostalismo, em outras religiões evangélicas e no catolicismo	Estado de transe que dura de minutos a horas, com alteração da consciência, perda temporária da identidade pessoal, movimentos rítmicos do tronco, caretas e gestos estereotipados. O indivíduo tem a sensação de ter sido possuído por uma entidade (Pombagira, Exú, orixá, etc.).
Gastura	Populações rurais ou recentemente urbanizadas	Mal-estar, sensação desagradável por ver ou ouvir alguma coisa que não se pode suportar. Também ansiedade e irritabilidade, aflição sentida principalmente no corpo, como indisposição estomacal e azia.
Quebranto ou mau-olhado	Generalizado na cultura popular, mas é mais difundido em populações rurais	Produzido por indivíduo maldoso, invejoso, com uma "irradiação maléfica". A vítima pode apresentar os olhos lacrimejantes, bocejar constante, moleza no corpo, inapetência, tristeza. Pode ficar doente, definhar e até morrer. Animal com mau-olhado fica jururu; ave, encoruja. Trata-se com benzedura, defumação com palha de alho, por nove dias seguidos.
Espinhela caída	Populações rurais ou recentemente urbanizadas	A reentrância do apêndice xifóide, segundo a crença popular, produz sintomatologia multiforme, mas especialmente vômitos, astenia, estado de fraqueza e apatia generalizada, dor nas costas, epigastralgia, tosse seca.

(*Continua*)

(*continuação*)

Síndrome "cultural"	Grupo religioso ou cultural	Características
Calundu	Nordeste brasileiro	Estado disfórico, de irritação repentina, mau humor e depressão.
Caruara ou "treme-treme"	Nordeste, principalmente na Bahia	Forma de histeria conversiva, geralmente de natureza epidêmica, com fraqueza ou paralisia nas pernas, desequilíbrio (astasia-abasia), dura de 3 a 15 meses, desaparecendo de forma repentina ou gradual.
Tangolomango	Crença trazida ao Brasil pelos escravos africanos, mais difundida no Nordeste	Mal súbito, geralmente incurável e causado por sortilégio, feitiçaria. Faz o indivíduo definhar.
Banzo ou banza	Em escravos negros e em índios escravizados (entidade histórica, não se observa mais atualmente)	Nostalgia, melancolia, estado progressivo de apatia, tristeza, desânimo, inapetência, podendo evoluir até o estupor e a morte.

Questões de revisão

- Descreva e argumente sobre a relevância da cultura para a psicopatologia.
- Cite o nome, o grupo cultural no qual ocorre e as características de oito síndromes relacionadas à cultura no contexto internacional.
- Descreva e discuta as diferenças entre depressão e esquizofrenia em sociedades industrializadas e sociedades rurais.
- Cite em que grupo ocorre e descreva as principais características de: glossolalia, "estar obsidiado", gastura, espinhela caída e banzo.

Glossário de denominações populares relacionadas a comportamentos, estados e transtornos mentais, substâncias psicoativas e psicopatologia em geral

Abestalhado, abilolado, apalermado, alesado: sujeito com retardo mental, estado confusional ou dificuldade cognitiva.

Abicu: entidade das religiões afro-brasileiros que provoca a morte prematura de crianças.

Abobado, abobalhado: indiferente ao meio, tonto ou com retardo mental.

Abusão: alucinação, receio infundado.

Acesso: crise epiléptica.

Achaque: queixas, moléstias, somatizações.

Ácido: entre usuários de substâncias, denominação de LSD (dietilamida do ácido lisérgico).

Afrontação: fogacho, com ou sem tontura.

Afulemado: irado, impulsivo, raivoso.

Agúar: sofrer as conseqüências de um desejo ou prazer insatisfeitos, também esgotamento. Criança aguada é não-desenvolvida, enfezadinha ou desmamada precocemente.

Agitamento: termo associado ao estado de ansiedade, geralmente com inquietação psicomotora.

Agonia: aflição, ânsia, inquietação, ansiedade ou atordoamento. Um paciente dizia: "Agonia é pior que uma dor, mas não é uma dor. É um desespero que dá na gente, não tem lugar bom, não tem comida boa." (MN).

Alto, bebo (estar): embriagado com álcool.

Aloprado: pessoa perturbada, em estado psicótico ou sob a ação de substâncias psicoativas.

Aluado: lunático, louco, psicótico, mal-humorado.

Alucinado: termo para estado psicótico, assim como louco, doido, maluco.

Amapô: termo usado no meio *gay* para se referir a mulher heterossexual (também "racha").

Amarelar: ficar pálido, assustado, com medo.

Amarrá-um-fogo: embriagar-se.

Ameaço: ataque passageiro.

Amuado, muado: triste, circunspecto, quieto.

Ansiado: fatigado, cansado, violento.

Anga: mau-olhado, enguiço, feitiço. Também é alma, sombra, vulto.

Apá-virado: pessoa do apá-virado é impulsiva, excêntrica, compra-brigas, caprichosa. Apá é omoplata, ombro.

Aperriado, aperriado-do-juízo, perriado, perreiamento, impirriado, apurrinhado: teimoso, contrariado, irritado. Também criança que não se desenvolve fisicamente.

Aqué: dinheiro, no meio dos travestis.

Aqüendar: termo usado no meio *gay*, quando o homossexual passivo tem relação sexual com homem heterossexual ("bofe").

Ar-encalhado: termo para designar dores vagas no peito ou em alguma outra parte do corpo.

Aração: fome excessiva, gula.

Arado: faminto.

Arretado: indica algo ou pessoa excelente, de valor.

Arretar: corruptela de arreitar, excitar, ter desejos sexuais.

Arrojar, arremeçar: vomitar ou evacuar.

Arruinar: termo genérico para adoecer, sofrer uma crise (mental ou somática).

Arteiro: criança traquina, irrequieta.

Arupanado: irrequieto, fogoso, irritadiço.

Assanhamento do juízo: certo grau de confusão, de impulsividade.

Atanazar: afligir, martirizar.

Ataque ou ataque de espuma: crise epiléptica.

Ataque de nervos: crise de ansiedade, crise histérica ou crise de pânico.

Ataque de respiração: termo utilizado para designar falta de ar e desconforto respiratório associados a crises de pânico.

Atarantado: perturbado.

Atolado, roubado: em dificuldades, em uma situação difícil.

Avexado: aflito, angustiado, envergonhado.

Avexame: angústia, ansiedade, aflição.

Avião: pequeno traficante.

Avoado: distraído, adoidado, irrequieto, irrefletido.

Azangar: adoecer ligeiramente, irritar-se.

Azaranzar: desorientar-se, andar à toa.

Azoratar: atrapalhar, atordoar, confundir.

Azuado: sentir-se alterado em relação às suas funções psíquicas normais. "Eu tava azuado, querendo fazer besteira." (MN).

Azucrinado: pessoa atormentada, agitada.

Babaca: vulva, também pessoa enfadonha.

Bad trip: efeito desgradável produzido por substâncias psicotrópicas de abuso, eventualmente ocorrendo alucinações visuais assustadoras.

Bambo: trôpego, mole, frouxo.

Bala: *ecstasy*, MDMA (metilenodioximetanfetamina), substância sintética com efeito misto estimulante e desorganizadora do sistema nervoso central.

Banza, banzo: nostalgia, melancolia, tristeza profunda que acometia os escravos africanos.

Baque: entre usuários de substâncias, cocaína utilizada de forma intravenosa.

Barato: entre usuários de substâncias, termo que designa o efeito da maconha (mas também se usa para o efeito de outras substâncias).

Barista: freqüentador de bares, dependente do álcool. "Naquela época eu era barista, doutor, não tinha tratamento pra mim." (MN).

Barulhada: termo usado por alguns pacientes para alucinações auditivas.

Baseado: maconha.

Batecum: batimentos fortes do coração.

Batedeira: taquicardia, também tremedeira, tremor, calafrio.

Bazuco: pasta de coca fumada.

Bem na fita: entre usuários de substâncias psicoativas, sair-se bem em uma situação, estar por cima.

Biba, bi: termos para homem homossexual.

Bichinho: entre usuários de substâncias, denominação do vírus da AIDS (HIV).

Bicho-feio: expressão para designar coisa fora do comum, evento ruim na vida de uma pessoa.

Binga: membro viril.

Biqueiro: enfastiado, que come pouco.

Biraia: prostituta.

Bitá: desmaiar.

Boa-noite-cinderela: efeito de sedação associado à amnésia lacunar, em geral atribuído a hipnótico (p. ex., flunitrazepam).

Bobó, boceta: vulva, vagina.

Boca amargosa, boca-margosa: sensação desagradável na boca, em quadros ansiosos e depressivos graves.

Boca de fumo, biquero: ponto de venda de substâncias psicoativas ilícitas.

"Bofe", *boy*: termos usados no ambiente *gay* para se referir a homem heterossexual que em geral também transa com homossexuais, comumente no papel ativo.

Boi, costume: fluxo catamenial, regras, menstruação.

Boiola, bicha, veado: termos para designar homem homossexual.

Boitatá, baitatá, bitatá, Mboitatá: cobra-de-fogo, mito de origem indígena difundido em todo o Brasil. São pequenas serpentes de fogo que residem nas águas, protegem os campos contra aqueles que os incendeiam. Às vezes, designa uma "mulher-fantasma" que habita o mar e que, à noite, aterroriza as pessoas.

Bola: "dar-uma-bola" é fumar maconha. Mas bola, bolinha é também substância anfetamínica. Bola também é cérebro, psique; estar bom da bola.

Bola-frouxa, bola-virada, bitola-frouxa: ter um transtorno mental.

Bolacha: mulher homossexual, geralmente mais refinada, mais chique.

Bomba: denominação dos esteróides anabolizantes utilizada por usuários de substâncias, lutadores de artes marciais e jovens que fazem musculação.

Bombado: quem está utilizando esteróides anabolizantes.

Borrar: defecar.

Brabo: pessoa grosseira, impulsiva, insociável.

Bright, braite: cocaína, entre usuários de substâncias.

Broco: velho que não exerce o controle de seus atos, também pessoa com retardo mental.

Bucho: na Amazônia, prostituta de baixa categoria, também pessoa feia.

Cabaça: indivíduo palerma, estonteado ou com retardo mental.

Cabaço: hímen, virgindade.

Cabeça-cheia: embriagado.

Cabeça-fraca, cabeça-de-vento: retardo mental, geralmente de leve a moderado.

Cabeça-ruim ou **mente-ruim**: designação popular para estados de ansiedade, agonia ou, mais genericamente, loucura.

Caborge: feitiço.

Cabrero: pessoa desconfiada, irritada, precavida.

Cachaça, cana, pitú: pinga, aguardente de cana-de-açúcar.

Cachaceiro: alcoolista.

Cachimbar: meditar, refletir, cismar.

Cachimbo: entre usuários de substâncias, qualquer artefato para fumar *crack*.

Cachola: termo popular para cabeça. "O problema dela é a cachola, ela fica agressiva, pega tijolo, joga, não quer fazer comida pras crianças mais" (MN).

Caduco, coroca: idoso com demência.

Caguira: pessoa com muito medo, assustada.

Cajado: ser como um cajado, retardo mental.

Calundu: irritação repentina com mau humor, irracionabilidade, também tristeza, depressão irritada.

Campar: copular.

Canguira: no sul do Brasil, susto, medo, pavor.

Canseira: dispnéia, falta de ar.

Cão: demônio, diabo.

Cão-da-meia-noite: mito do interior paulista referente a um enorme cão negro, de corrida pesada e lenta; não molesta ninguém fisicamente.

Capiongo: triste, macambúzio, ou pessoa que tem um olho defeituoso.

Cara-amarrada: estar aborrecido, chateado.

Careta: entre usuários de substâncias, denominação para aqueles que não as usam.

Carne-de-pescoço: pessoa ruim, feia, doente.

Carreira: fileira de pó de cocaína a ser aspirada.

Caruara: emoção que causa medo, pavor ou histeria conversiva epidêmica do tipo astasia-abasia (paraplegia psicogênica, incapacidade de estar de pé e caminhar).

Casca, pedra: cocaína em forma de *crack*.

Casquero: usuário de cocaína em forma de *crack*.

Catimbó (canjerê): feitiço, coisa-feita.

Catimbozeiro: curandeiro, feiticeiro.

Cercá-frango: embriagar-se.

Cérebro descontrolado: termo para explicar transtorno mental. “O cérebro tá descontrolado, fica misturando as coisas, às vezes fica parado, eu não sei o que é.” (MN).

Cérebro solto da cabeça: modelo explicativo de causa de transtorno mental. “...quando eu tinha 5 anos, andava de carrinho de papelão na grama e balançou muito a cabeça... o cérebro ficou solto da cabeça.” (MN).

Chibamba: duende do sul de Minas, São Paulo e norte do Paraná, do ciclo da angústia infantil; cuca, negro-velho que vem à noite para assustar as crianças.

Chibiu: vulva, órgão genital feminino.

Chico: estar “de chico” é estar menstruada.

Chincha: coito

Chilique: desmaio, lipotimia, “ataque de nervos”.

Choco: resguardo durante a gestação ou após o parto tomado pelo pai. O choco é o *couvade* no Brasil.

Chupa-cabra: mito recente do interior de São Paulo (região de Campinas), de uma espécie de demônio que mata animais domésticos (sugando-lhes o sangue) e aterroriza as pessoas.

Chutar: beber em excesso, embriagar-se.

Coió: bôbo, tonto, pouco inteligente.

Coisa: sentir ou ter uma coisa é ser acometido de angústia, tonteira, vertigem, lipotimia, etc.

Coisa-feita: feitiço, sortilégio, prática supersticiosa contra alguém.

Colerado: no Sul, encolerizado, enfurecido, irado.

Colhudo: homem valente, corajoso, briguento; que tem os testículos volumosos.

Comer-terra (cumê-viço): perversão do apetite, na qual a criança come terra, cerâmica, pedaços de tijolos, etc. Também denominada pica ou malacia.

Congestão cerebral: modelo de causa de transtorno mental. “...ele acabou de comer e carregou um cocho de porco, pegou, fez muita força, aí deu congestão cerebral, e ele perdeu a mente.” (MN).

Côrdo-de-si: achar-se em pleno uso dos sentidos.

Corpo-fechado: imune, invulnerável a bala, facada, coice, devido à feitiçaria.

Corpo-seco: mito do ciclo do castigo, difundido em Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Minas Gerais. Refere-se a uma entidade ou pessoa que passou a vida semeando malefícios, seviciou a mãe e, após a morte, passa a vagar e assombrar os vivos à noite. Essa entidade mitológica castiga os filhos que agridem os pais, os incestuosos e os sacrílegos.

Crack: cloridrato de cocaína acrescido de bicarbonato, que se tornou uma preparação barata de cocaína fumada.

Craqueiro: usuário de *crack*.

Criança criada com vó: no Nordeste, designação de criança mimada.

Crica: vulva, especialmente os órgãos sexuais supostamente "escancarados" da mulher.

Crise de nervo, crise de nervoso: sintomas de ansiedade aguda e intensa, crise de pânico, descontrole emocional. "Já me deu um problema lá, crise de nervos, e me dá vontade de pegar meu marido e enforcar, nervoso que me dá." (MN).

Crise espiritual: termo explicativo usado eventualmente de forma genérica para alterações mentais, comportamentais, reações de ajustamento ou transtorno mental. "A minha doença é dos nervos, mas eu tenho crise espiritual também, eu fico muito alterada." (MN).

Cu, rosca, loló: termos para designar o ânus.

Cuca: manha, denguice ou mulher velha, espécie de feiticeira. Nesse sentido, é o mito mais difundido de entidades amedrontadoras do ciclo da angústia infantil. Cuca também é cabeça, mente, psique.

Curiosa: parteira; curioso é curandeiro.

Curupira: mito difundido em todo o Brasil, de um duende, um menino ou anão com cabeleira de fogo, calcanhares para a frente e dedos para trás, assombrador das matas, leva à loucura, que principia com o esquecimento dos caminhos. Protege os animais e as árvores.

Dadeira: mulher sujeita a ataques.

Danado: indivíduo atacado de raiva, alienado.

Danar-do-juízo: enlouquecer.

Dar-a-elsa, fazer-a-elsa: no meio *gay*, roubar alguém.

Dar-na-veneta: ter uma idéia repentina e executá-la.

Dar-o-cano, largar-o-cano: decepcionar, prometer e não atender, desapontar.

Dar-o-mal, arruinar: manifestar hidrofobia, também ter crise epiléptica.

Dar um tapa, dar um pega, dar um dois: tragada em cigarro de maconha.

Débil mental, debilóide: indivíduo com retardo mental ou simplesmente com trantorno mental grave.

Deleriado: no Sul do Brasil, ficar sem sentidos, desmaiado, alheio ao ambiente.

Delirar, estar delirando: no uso popular refere-se a quadro de *delirium* (geralmente febril), no qual o paciente fala de forma confusa e relata ilusões e alucinações visuais.

Demente: no linguajar popular, pessoa com transtorno mental grave, não necessariamente síndrome demencial.

Dengo: criança irritadiça, manhosa, choraminguenta; mas dengo também é carinho ou manha, "Me faz um dengo; "Ela faz muita manha".

Depressão do espírito: hipótese explicativa para transtorno mental causado por um desequilíbrio de mediunidade.

Desanuviar, desnuviá: desabafar, descomplicar-se.

Desacordado: sem sentidos, inerte, meio morto.

Desejo: termo usado no interior do Brasil para designar a malacia ou pica (perversão do apetite, comer terra, moringas, etc.).

Desensofrido: aflito, impaciente.

Desequilíbrio da mediunidade: expressão usada eventualmente em contato com o

espiritismo kardecista para expressar maior vulnerabilidade para trantornos mentais devido ao não desenvolvimento adequado da mediunidade.

Desimpaciente: ansioso, irritado.

Desistir: defecar.

Desinquietação: quadro ansioso incluindo agitação psicomotora. "Aí dá dor aqui, dá desinquietação, aí dá crise de choro e aquelas fincadas aqui, aquela dor assim." (MN).

Desmantelada, desmastreada: sofredora de dismenorréia, irregularidades menstruais.

Desmaio: termo usado para designar geralmente crise epiléptica com comprometimento da consciência.

Desmemoriado: perder as capacidades cognitivas.

Desmerecido: anêmico, fraco, magro.

Desmilingüido: pessoa com mau aspecto, deteriorada.

Desmiolado: pessoa sem juízo, inconseqüente, mas também com quadro psicótico ou retardo mental.

Desonear: degenerar, alterar, deteriorar.

Despacho: feitiço, coisa feita, ebó, arruinar outrem por meio de feitiço com alfinetes, agulhas, pedaços de seda, perfumes, etc.

Desquerido: atacado, acometido de um mal, perseguido.

Destemperar: causar ou sofrer distúrbio gastrintestinal, indigestão, diarréia, etc.

Destino, desatino: loucura, perda do tino, irracionabilidade.

Destrambelhado: designação para irritação, ansiedade e, genericamente, perturbação mental. "A gente fica destrambelhada, assim, de repente a gente fica com aquela agonia na cabeça..." (MN).

Diabo: demônio, espírito ou gênio do mal. Sinonímia: *aquele, arrenegado, bafudo, beiçudo, belzebu, bicho-preto, cafute, cabra-velho, canhoto, cão, cão-miúdo, caolho, capa-preta, capa-verde, capataz, capeta, capiroto, chifrudo, coisa, coisa-ruim, coisa-má, condenado, cornudo, coxo, cujo, danado, daninho, demo, diá, diabo-rengo, diacho, dianho, diangas, diogo, domingos pinto, droga, drale, ele, excomungado, feio, ferrabrás, figura, fulano, fúria, fute, futrico, gato-preto, inimigo, imundo, lobis, lúcifer, lusbel, maioral, maldito, mal-encarado, laino, malino, mau, mofino, moleque, não-sei-que-diga, pé-de-pato, pé-de-peia, peitica, pedro botelho, pepé, porco, porco-sujo, rabão, rabudo, rapaz, ramãozinho, romão, sapucaio, sarnento, satã, satanás, sujeito, sujo, tentação, tentador, tição, tinhoso, tisnado, velho, vaicão-coxo.*

Dichavar: entre usuários de substâncias, é esfregar a maconha entre os dedos para facilitar a confecção do cigarro.

Dieta-quebrada: modelo de causa para transtornos relativo a não-cumprimento de restrições no período puerperal.

Disandado: desorientado.

Distraviado: extraviado ou *distraviado* do juízo, em estado confusional (*delirium*). Entretanto, distraviada é mulher com distúrbio menstrual.

Ditando a cabeça: dor de cabeça, cefaléia.

Doce: LSD-25, dietilamida do ácido lisérgico, potente alucinógeno.

Doença do demônio: epilepsia.

Doença do tipo de vida: expressão associada a transtornos relacionados a falta de higiene e descuido.

Doença dos nervos: transtorno mental.

Doença-ruim: moléstia temível, cujo nome não se deve pronunciar, tal como tuberculose, lepra, sífilis, câncer, AIDS, etc.

Doente-da-bola, doente-da-cabeça: pessoa com transtorno mental, geralmente grave.

Doido: pessoa com transtorno mental, psicótico. Há como que classificações populares para o doido: *doido brabo, doido manso, doido calado, doido furioso*, etc.

Doidera: transtorno mental.

Dona: mulher merecedora de acatamento, mulher respeitável.

Dona-do-corpo, dona-do-coipo: útero.

Dona-do-corpo-espaiada: histeria, bolo histérico, disfagia ou afecção dos órgãos genitais internos.

Dona-do-corpo-de-fora, ou descida: prolapso uterino.

Dona-do-corpo-recolhida: amenorréia mórbida.

Dormência, drumença: entorpecimento da sensibilidade, formigamento.

Dormideira: sonolência. "O problema dos remédio é essa dormideira que faz a gente ficar deitado o dia inteiro." (MN).

Doze (ser), dezesseis (ser): entre usuários de substâncias, se diz: "Ele é doze" (traficante de drogas) ou "Ele é dezesseis" (foi pego por porte de drogas).

Duro: indivíduo forte, também pessoa pouco inteligente.

Ebó: sacrifício, despacho, oferenda.

***Ecstasy* líquido**: GHB (gama-hidroxibutirato), substância psicoativa depressora e perturbadora do sistema nervoso central.

Eixos: "estar nos eixos" é estar lúcido, consciente.

Elétrico da cabeça, eletrograma: eletrencefalograma, EEG.

Embalado: embriagado, alcoolizado.

Embalo: entre usuários de substâncias, período de uso intenso de substâncias, sobretudo ilícitas.

Embestecar, embestar, embetesgar: ficar atordoado, apalermado, confuso, atrapalhado.

Embezerrar-se, embezerrado: ficar aborrecido, calado, irritado, em certo mutismo.

Embiocar: disfarçar, esconder.

Embruiado, embrulhado: enjoado, nauseado.

Embucho: engasgo.

Empachamento, empacho: indigestão, retenção de gases, sensação dos alimentos que abarrota o estômago, distúrbio gástrico impreciso.

Empanemar: tornar panema, causar infortúnio a alguém, encaiporar, enfeitiçar.

Empelicado: indivíduo com bom destino, vitorioso, posto que nasceu envolto pelo saco amniótico íntegro ou com a cabeça enrolada nas membranas fetais.

Encanação: preocupação; entre usuários de substâncias, idéias (delirantes ou não) de estar sendo perseguido após consumo de cocaína (ou outra substância ilícita).

Encazinamento, encanzinamento: obstinação, teimosia, mania.

Encarangar, encaranguejar: entrevado, tolhido, padecer de caruara (paralisia conversiva das pernas).

Enclenque: adoentado, fraco, enfermiço.

Encolher, encolhendo: relacionado à depressão. "Acho que é uma tristeza forte, a pessoa vai encolhendo, encolhendo, quer se matar." (MN).

Encosto: influência maléfica de um espírito ou entidade sobrenatural produzindo doença, mal-estar. "O que ele tem é esprito incostado, esprito de cabôco ruim." Encosto é também "amante".

Encorujar: retrair-se, ocultar-se, mostrar-se tristonho, acabrunhado.

Encrespá: ficar irritado, bravo.

Endemoniado: perturbação mental associada a possessão demoníaca.

Enfaroso: enjoado, aborrecido, molesto.

Enfrentamento, combate, provação: período de perturbação ou transtorno mental relacionado à situação de enfrentamento espiritual com o demônio. "Nós, crente, é assim, nós passa os enfrentamento... a gente vê as coisa, combate o adversário, passa perturbação, pode demorar dias isso." (MN).

Engangento: impertinente, rabujento, reclamão.

Enjoado: antipático, aborrecido, pamonha.

Enloucar: enlouquecer.

Enquesilado: desconfiado, prevenido contra tudo, que tem idéia fixa, maníaco.

Ensebar: fingir, enrolar, deixar o tempo passar.

Entejar: aborrecer, enojar, enjoar.

Entrevar: ficar paralítico, tolhido dos membros, das articulações, "entrevado de reumatismo", etc.

Enzamboado: de pernas arqueadas, trôpegas, cansado, fatigado.

Esbagaçado: muito cansado.

Esbilitado: debilitado.

Esbórnia: excesso, desregramento, proceder pecaminoso.

Escabreado: desconfiado, receoso.

Escambichar: estuprar.

Escanifrar: emagrecer muito.

Escaramelado, escramelado: asqueroso, de mau aspecto.

Escornado: exausto, abatido por excesso de trabalho ou de noitadas. Em sono profundo após excessos, principalmente por embriaguez alcoólica.

Espaiá-brasa: causar confusão.

Especial K: quetamina, anestésico com propriedades dissociativas e alucinógenas.

Espeloteado: maluco, palerma, tonto.

Espírito bebedor, espírito ruim da cachaça: causa religiosa para dependência de álcool.

Espírito mau, espírito zombeteiro, zé-pelintra: demônios de estados de possessão.

Espritado: enfurecido, louco, danado. Também com hidrofobia (cão espritado, louco).

Esprito: qualquer bebida alcoólica.

Esquentação da cabeça: transtorno mental ou causa de transtorno. "Meu problema é o nervo, esquentação da cabeça." (MN).

Esquecido: desmemoriado, lerdo, indiferente, tonto. Membro esquecido; com paresia ou paralisia.

Esquentado: irritado, zangado.

Esquentamento: blenorragia.

Estabanado: aluado, estouvado, violento.

Estado interessante: gravidez.

Estar-de-lua: estar menstruada.

Estar-de-noroeste, noroestado: sentir mal-estar transitório, nervosismo.

Estar-de-santo: em estado de transe, de êxtase religioso.

Estar fora do tino, estar fora de si: estado em que o sujeito perde a capacidade de julgar e raciocinar, estado psicótico ou intenso descontrole emocional.

Estar-olhado: estar sob efeito de um feitiço. "Quando eu tô olhado, ela cura com raminho de mato, folhazinha de pinhão roxo, ela corta quatro folhazinha e cura assim benzendo." (MN).

Estonteado: maluco, imbecil, confuso, atrapalhado.

Estrimilique: crise mental ou comportamental, também tremedeira.

Estrompado: fatigado, exausto; mas estrompa também significa indivíduo abrutalhado, grosseiro, sem habilidades.

Estrebuchar: entrar em convulsões, debater-se.

Exu: entidade das religiões afro-brasileiras, forte e potencialmente perigosa, ambígua do ponto de vista moral (má e boa ao mesmo tempo), geralmente agressiva, irreverente. Tem a função de mensageiro, dono das encruzilhadas. É freqüentemente concebido como "malandro". Há o Exu caveira, o Exu zé-pelintra, e o correspondente feminino do Exu, a Pombagira.

Exus: espíritos de homens que foram maus. Com as pombagiras, os exus compõem o panteão da quimbanda.

Falar aprumado, falar embolado: contraposição para indicar a melhora ou a piora em relação a um estado mental alterado. "Agora ele tá falando mais aprumado, co-

mendo melhor, mas tem hora que ele fala mais embolado ainda." (MN).

Faniquito: ataque de nervos, crise histérica, desmaio, descontrole emocional.

Farinha: entre usuários de substâncias, é a cocaína (também se designa a cocaína pelas marcas de farinha, como "Renata", "Sol", "Dona Benta", etc.).

Farnezin: frenesi, excitação, impaciência, angústia; "Ter um farnezin na cabeça".

Fartura: inapetência, sensação de enfado, digestão difícil.

Fava: testículo (ovo, grão, manico).

Fazer: defecar, vomitar, copular.

Fazer-a-cabeça: entre usuários de substâncias, denominação para fumar maconha.

Fechar-o-corpo: adquirir imunidade contra doenças, acidentes, feitiço; por meio de beberagens, sortilégios, benzeduras, ritos religiosos.

Ferida: indivíduo ruim, imprestável, covarde.

Ferro, berro: arma de fogo.

Ferver: sobretudo no meio *gay*, termo para fazer festa, comemorar, "agitar".

Fiaca: preguiça.

Ficar: entre adolescentes, é namorar, trocar carinhos, transar.

Ficar-de-bobeira: entre usuários de substâncias, é a denominação para o efeito hilariante produzido pela maconha.

Ficar-de-boi: estar menstruada.

Ficar-ligado: entre usuários de substâncias, é a denominação para o efeito euforizante da cocaína (ou de outras drogas).

Filho-de-santo: nos terreiros de umbanda, a pessoa preparada para receber as entidades espirituais ou guias.

Findar, finar: morrer; mas, em Santa Catarina, pode ser desmaio, lipotimia.

Firmar a mente: expressão para melhora de quadro psicopatológico.

Fissura: entre usuários de substâncias, é o termo que designa a ânsia pela substância, o desejo ardente e premente de voltar a consumi-la (os autores de língua inglesa usam o termo *craving*).

Foco na cabeça: modelo explicativo causal para epilepsia.

Fogueamento: sensação de queimação na cabeça ou em outra parte do corpo. "Dá aquele fogueamento lá dentro, fica queimando mesmo." (MN).

Fora de si, fora do senso: perder o controle ou apresentar quadro psicótico.

Forfé: confusão, briga, encrenca.

Fraco-da-cabeça, fraco-do-juízo, fraco-da-bola: termos para transtorno mental grave ou retardo mental.

Fraqueza-na-cabeça, fraqueza-no-cérebro: designa modelo causal de transtornos mentais ou retardo mental.

Fraqueza-nos-nervos: designação popular indicando cansaço, astenia ou depressão.

Frevura no juízo, freviamento nos miolo: espécie de atordoamento com abalos sucessivos, tonteira.

Fria, friolenta: mulher que não tem orgasmo na relação sexual, ou que não se excita sexualmente. Também *fria* é acontecimento ou situação ruim.

Frio: alimento ou medicamento frio; diz-se originar distúrbios nervosos, fenômenos congestivos. "A abóbora, no interior do Brasil, teria um efeito 'frio' e nocivo, principalmente às pessoas de constituição fleugmática." Opõe-se a alimentos quentes, mas não a frescos. Mulher em período menstrual não pode "tomar frio por baixo", sentar em lugar frio, pois pode ficar com tonteira e mal-estar.

Fricote: sintoma mental ou comportamental pouco sério e legítimo; algo que a pessoa faz para obter alguma vantagem; "frescura".

Frouxo: pessoa covarde, medrosa, tímida.

Frouxura: frouxidão, certo grau de *impotentia coeundi*; também significa ejaculação precoce.

Fuá: intriga, mexerico.

Fulo da vida, afuleimado: estar muito irritado, raivoso.

Fumar um careta: entre usuários de substâncias, fumar cigarro de tabaco.

Fuzuê: caos, atordoamento, tontura, confusão.

Gagá: termo pejorativo para idoso com demência.

Gala: esperma

Gambá: pessoa que abusa ou depende de álcool.

Ganguê: mal-estar indefinido, indisposição.

Ganjento: irritadiço, intolerante, nervoso.

Gargumilo, gorgumilo, grugumio: garganta, glote; *comichão nos gorgumilo* pode ser bolo histérico, angústia.

Garrafada: medicamento de curandeiro, prescrito em doses vultuosas, posto em garrafa.

Gastura: azia, angústia, arrepio, mal-estar, sensação desagradável por ver ou ouvir alguma coisa que não se pode suportar.

Gênio: temperamento, caráter, índole.

Gênio-de-cobra: temperamento vingativo, colérico, perverso, cruel.

Giçui: arrepiado (Sul).

Gilete: indivíduo bissexual.

Ginge: calafrio, arrepio por emoção.

Gira: alienado, louco, deficiente mental. Diz-se, para designar loucura, "estar gira" ou "ser gira".

Girar: endoidecer, revelar debilidade mental, apresentar quadro de *delirium*.

Goma: entre usuários de substâncias, denominação para casa ou local onde se usa substâncias.

Gomitar: corruptela de vomitar.

Goró: bebida alcoólica.

Gororoba: frouxo, tímido, covarde (Pará).

Gota, gota-coral: designação popular da epilepsia.

Gregório: membro viril, também homossexual ativo.

Grinfa: entre usuários de substâncias, denominação da seringa utilizada para o uso injetável de cocaína.

Guenzo: enfezado, magro, inseguro.

Guia: baixar o guia, estado de possessão.

Gumitar: vomitar.

Gungunar: resmungar, monologar, falar sozinho. "Só véve calado, jururu, as vêis dá prá gunguná."

Hash: entre usuários de substâncias, denominação do haxixe, resina de *Cannabis* seca comprimida, 5 a 10 vezes mais potente que a maconha.

Hibernar: entre usuários de substâncias, termo para indicar o uso ininterrupto por vários dias.

Iansã (também Oxum, Olá): na umbanda e no candomblé, companheira de Xangô, protege as mulheres de vida livre.

Ibêje: na umbanda e no candomblé, orixás gêmeos e masculinos, sincretizados com Cosme e Damião, protetores das crianças.

Iemanjá: nas religiões afro-brasileiras, orixá feminino, protetora das mães, das esposas. Sua missão é desmanchar trabalhos de feitiçaria feitos no mar e nos rios (sinonímia: Janaína, Sereia-do-mar, Rainha-do-mar, Oloxum, Cabocla Yara, Cabocla Oxum, Cabocla Iansã, Dandalunda, etc.).

Ifã: na umbanda e no candomblé, a denominação do terceiro aspecto de Olorum, o espírito supremo. Corresponde, de alguma forma, ao Espírito Santo no cristianismo.

Impregnar, ficar impregnado, tremeção: sintomas extrapiramidais produzidos por neurolépticos.

Imprevimento: dificuldade em realizar atos fisiológicos; disúria, prisão de ventre, dispnéia.

Incômodo: fluxo menstrual.

Incruada: situação complicada, que não se resolve.

Ingaiva: gago.

Inhaca: mau cheiro particular de certas coisas; inhaca de barata, de cobra, de febre, etc. Também astúcia, manha.

Inojo, intojo: perversão do apetite (comer terra, moringa), como pica, malacia.

Intanguido: criança mal desenvolvida.

Interessante (estado): gravidez.

Intramelado: gago, tatibitate.

Intojada: antojada, grávida com antojos (desejos).

Intojo: pessoa antipática, *metida*, *nojenta*.

Inturido: cheio de dores.

Inzona: maníaco, intrigante, atordoado, supersticioso, complicado, medroso. Provável corruptela de onzena, assim como inzoneiro talvez seja corruptela de onzeneiro.

Inzonice: maluquice, loucura, atrapalhação.

Isbilitar: debilitar, enfraquecer, depauperar.

Ispiculá: especular, bisbilhotar, xeretar. Também pensar, refletir.

Jaboticaba: mulher negra, ainda nova e solteira.

Jaburu: pessoa alta, malvestida e feia.

Jaca: nádegas de mulher.

Jalapeiro: curandeiro.

Jararaca: pessoa perversa, traiçoeira.

Jejura: enjôo, náusea.

Jessu, **jia**: adormecimento, formigamento.

Jiló: pessoa ranzinza.

Jogado: prostrado, inerte, semimorto.

Jolofo: pessoa com retardo mental.

Juízo: mente, capacidade de raciocínio e de responsabilidade.

Juízo curto, juízo fraco: indivíduo com pouca responsabilidade ou psicótico; também pessoa com retardo mental.

Jurema: beberagem com efeitos psicotrópicos, alucinógenos, feita com o arbusto espinhento do sertão acácia jurema.

Juriti Pepena: mito paraense de uma ave fantástica com pio lúgubre, que causa grande terror nas pessoas.

Jurupari: espírito mau, demônio.

Jururu: tristonho, taciturno, pensativo.

Labacê: barulho, confusão.

Lagartixa, lambamba: pessoa que abusa do álcool.

Lambão: indivíduo atrapalhado, abobalhado, que se lambuza ao comer.

Lambisgóia: mulher magra, desenxabida.

Lambuzão: desleixado, porcalhão.

Lanço, lançar: vômito, vomitar.

Languengo: lânguido, enfermiço, debilitado, mole.

Laranja: entre usuários de substâncias, é o sujeito bobo, que é enganado com facilidade.

Largado: prostrado, inerte, inconsciente.

Larica: entre os usuários de substâncias, sensação intensa de fome causada pela maconha.

Lazarento: morfético, leproso; xingamento no interior de São Paulo.

Lelé: louco, psicótico, com retardo mental ou com demência.

Lerdear, lerdeza: tornar-se lerdo, atordoado, também retardo mental.

Lesado, alesado, leso: desmemoriado, palerma, doido, paralítico; também retardo mental.

Leseira, lesêra: preguiça, indolência, estar com leseira na cabeça, leseira no juízo.

Libuzia, livuzia: aleivozia, ira, zanga, capricho, suposição falsa, mau humor.

Ligado: entre usuários de substâncias, estado de excitação produzido por anfetaminas, cocaína ou outras drogas.

Ligera: mendigo, andarilho, sem lar. Também pessoa malvestida.

Lili: feitiço, mau olhado.

Língua-de-sogra: pessoa maldizente.

Linhas: nas religiões afro-brasileiras, reunião de orixás com afinidades astrais.

Liso: esperto, malandro; também sem dinheiro.

Lobisomem: mito de um homem que se transforma em lobo; parece ter origem na Grécia Antiga. É um mito relacionado a outros de transitivismo (transformação do ser humano em diferentes animais).

Loló: entre usuários de substâncias, denominação dos solventes caseiros como éter, clorofórmio e essências. Loló também designa menor ladrão, ânus ou homossexual passivo.

Lomba, lombeira: preguiça, indolência, indisposição para o trabalho, fraqueza no lombo.

Louco-agressor: indivíduo psicótico com comportamento agressivo.

Louco-alucinado: psicótico.

Louco-impressionado: quadro psicótico desencadeado por evento marcante para o sujeito ou idéia recorrente.

Louco-varrido, louco-de-amarrar-no-poste, louco-de-pedra, louco-virado, louco-verdadeiro, loucura-forte: expressões populares para a psicose com sintomas produtivos.

Lua: menstruação, nervosismo; estar-de-lua, andar-de-lua: achar-se menstruada; estar no mundo-da-lua, distraído, sem juízo.

Lunático: excêntrico, na fronteira da loucura, também possuidor de caprichos, pessoa com humor variável, instável.

Lundu: mau humor. Estar de lundu é estar mal-humorado, irritado.

Macacôa: indisposição inespecífica e pouco grave.

Macaquinho no sótão: a expressão "ter macaquinho no sótão" indica transtorno mental.

Maconha: baseado, beque, *back*, erva, marijuana, mariajuana, maria, fino, fininho, pacau, jererê, manga-rosa, charão, vela, forte, *Cannabis*, nelson.

Macucar: irritar-se, enraivecer-se.

Macumbaria: termo pejorativo para práticas mágicas associadas a religiões afro-brasileiras; a macumbaria levaria à loucura por um "problema espiritual".

Madorna: sono superficial, soneca.

Madre: útero; afogação ou sufocação da madre: histeria conversiva, com mal-estar físico, sintomas somáticos variados. *Madre-assanhada ou Madre-furiosa*: também denominações populares da histeria.

Madre-de-fora, madre-emborcada ou saída: prolapso uterino.

Mãe-da-lua: mito goiano de um grito penoso, um pedido de socorro que se ouve à noite.

Mãe-de-santo: sacerdotisa, mulher iniciada e experiente no candomblé ou na umbanda. Tem as capacidades de um médium, de receber entidades (p. ex., orixás), e assim aconselhar as pessoas, ajudá-las espiritualmente.

Mãe-do-corpo: útero.

Mal: em diferentes regiões do Brasil, o termo *mal* designa diversas doenças, geralmente com caráter pejorativo ou sinistro; assim mal pode significar lepra (mal-de-lázaro, mal-morfético, mal-feio), epilepsia (mal-caduco, mal-de-gota), tuberculose pulmonar (mal-de-secar), raiva, câncer, sífilis (mal-gálico), etc. Em certas regiões, "fazer mal à moça" é desvirginar uma donzela.

Mal-de-parto: modelo causal para transtornos diversos, retardo mental.

Malacafento: enfermiço, adoentado.

Mal na fita: entre usuários de substâncias, ficar em apuros, em uma situação difícil.

Malefiço: malefício, sortilégio, encantamento.

Mala, pacote: no meio *gay*, termos para pênis; em geral, mala é pessoa chata, aborrecida.

Malinconia: melancolia, tristeza, nervosismo.

Malparição: aborto induzido.

Maluco: entre usuários de substâncias, termo para designar quem as usa.

Maluquecer: enlouquecer.

Mamado: embriagado.

Mancha no cérebro: modelo causal para epilepsia e outros transtornos psico-orgânicos.

Manengüera, mandinguera: fraco, débil, magro.

Mangar o fôlego: dispnéia, desconforto respiratório.

Mania de perseguição: expressão popular para delírio persecutório ou para traços paranóides de personalidade.

Manico: testículo.

Maninha: mulher infecunda, nulípara.

Manzapo, marzapo, manzape: pênis.

Mão-pelada: mito do ciclo dos monstros, de Minas Gerais e Goiás. Monstro que vive nos matos e irrompe de surpresa sobre o viajante desavisado.

Mapiar: tagarelar, falar demais.

Mapingurari: mito da Amazônia, de um monstro, terrível matador, que aparece durante o dia.

Marcelar: empalidecer subitamente, desmaiar.

Mareado: nauseado, estonteado.

Marica: entre usuários de substâncias, denominação das piteiras usadas para fumar maconha sem queimar os dedos.

Marmota: vulva, mas também traseiro.

Mastreada: mulher com irregularidade menstrual ou perturbações mentais.

Matita-pereira, Matinta-pereira: mito do Norte e do Nordeste do Brasil, confunde-se com o saci-pererê, com o curupira e com a caipora. É um tapuio de uma perna só, acompanhado de uma horrível velha, que, à noite, vem de porta em porta pedir tabaco e cachaça e atazanar os animais.

Matraca: pessoa que fala muito.

Matrimonho: cópula; fazer matrimonho: copular.

Matruá: abobado, apatetado.

Mazanga: indolente.

Mazombo: triste, mal-humorado, tonto.

Medaiada: termo utilizado por paciente para indicar seus medos, em um quadro psicótico. "É muita coisa, as vozes, essa medaiada toda, mas o pior são as vozes..." (MN).

Médico de consulta, médico de internação: forma popular de classificar psiquiatras que atendem em serviços ambulatoriais em contraposição a plantonistas de hospitais psiquiátricos.

Médico de louco: termo popular para psiquiatra.

Médium: pessoa com capacidade de "receber" espíritos, tanto no espiritismo kardecista como nas religiões afro-brasileiras.

Menino-fanta: expressão pejorativa usada por alcoolistas para se referir a colegas que abandonaram o uso do álcool. "Eles falam, menino-fanta, virou crente, é só a gente passar perto do bar que eles falam isso." (MN).

Mente-cansada: termo utilizado para sintomas ansiosos ou como modelo explicativo geral para transtornos mentais. "Não sei, eu acho que é mente cansada, né, problema demais na mente, eu penso é isso." (MN).

Mente virando, mente girando, mente se soltando: alteração mental, eventualmente desencadeada por "dieta quebrada".

Mescladinho: uso simultâneo de maconha e *crack*. "Cê pega a pedra, desmancha ela, desfarela junto com a maconha e enrola o baseado. Depois fuma normal, é melhor o mescladinho que você fuma um, dois e fica

tranqüilo... A pedra, quanto mais tem, mais cê fuma.” (MN).

Mexer-em-combuca: copular.

Michê, gepê, *boy*, *escort*: homem, geralmente jovem, que se prostitui predominantemente com homens homossexuais em geral mais velhos e, às vezes, com mulheres.

Minhocão: monstro das águas, que em quase todos os grandes rios brasileiros age ferozmente; vira barcos, arrasa vilarejos, devora gente e gado, etc.

Miolo: cérebro.

Miolo mole, miolo fora do lugar: indivíduo psicótico ou com retardo mental.

Miração: nas religiões que utilizam a *ayahuasca* ou daime (União do Vegetal, Santo Daime, etc.), o termo miração designa as experiências (alucinações) visuais de caráter místico.

Missa-de-cura: cultos ou missas organizados enfatizando os problemas de saúde dos fiéis.

Moça: mulher virgem.

Moça-formada: adolescente que teve a primeira menstruação.

Mochila: escroto.

Mocó: entre usuários de substâncias, denominação para casa ou local onde se usa tais substâncias.

Mongolóide: termo pejorativo utilizado não apenas para pessoas com síndrome de Down, mas para retardo mental em geral.

Mônica, mona: no meio *gay*, homem homossexual predominantemente passivo.

Morfético, morfioso: leproso; xingamento no interior de São Paulo.

Mouco: surdo.

Mover: abortar.

Mulher: muitas vezes ser “mulher” significa apresentar regularmente o fluxo menstrual; “tem 11 ano e já é muié”.

Mulher-dama, mulher-da-vida: prostituta.

Mundranga, mundrunga: sortilégio, feitiço.

Munganga: trejeito, momice; mas também engasgar.

Mururó, mururú: no Norte e Nordeste, estar de mururó é conservar-se no leito ou em casa por imposição do estado mórbido, também achaques, macacoa.

Muxibenta: mulher velha, madura ou mesmo jovem com os seios pendentes, “carnes moles”, rugas cutâneas e sulcos profundos na face.

Nascença: doença ou problema *de nascença* é distúrbio congênito, geralmente genético.

Natureza: feitio moral, temperamento, caráter.

Natureza-fraca: disfunção erétil.

Negar-fogo: fracassar sexualmente.

Negócio: fluxo menstrual.

Nervo-abalado: transtornos mentais, principalmente ansiedade.

Nervo repuxar, nervo contrair: sensações físicas relacionadas com ansiedade, somatizações ou abstinência alcoólica. “O nervo repuxa, fica travado as perna e os braço... o álcool em si próprio, ele segura os nervo no lugar, é analgésico, quando você pára, aí ataca tudo, os nervo se contrai até você perder o sentido.” (MN).

Nervo-rendido: dor muscular, mialgia.

Nervo sacudindo, nervo solto: modelo causal para diversos transtornos, ansiedade, epilepsia, somatizações. “Nervo solto é tipo dois fio, quando junta dois fio dá um choque e aí vem a convulsão”, (MN).

Nervoso: termo genérico para ansiedade, irritação, preocupação ou medo.

Nhaca: azar, falta de sorte, canguira.

Nhantã: indivíduo maluco, louco.

Nhonhaco: bobo, tonto.

Nó-na-garganta: sensação desagradável de constrição espasmódica da faringe, geralmente associada com ansiedade intensa. Também “bolo histérico”, disfagia espasmódica.

Nó-por-dentro: cólica.

Nóia: entre usuários de substâncias, termo utilizado para designar as idéias de per-

seguição associadas ao uso do *crack* ou de outras substâncias ilícitas.

Noiado: entre usuários de substâncias, designação para o indivíduo que se sente perseguido após o uso de substâncias ilícitas (sobretudo cocaína).

Noroeste: estar de noroeste é estar nervoso, mal-humorado.

Obá: orixá feminino, espírito guerreiro.

Obra: fezes, evacuação.

Obrar por cima: vomitar.

Obrigação: designação popular de esposa, família; mas às vezes também se usa para amante.

Obsessão: termo utilizado no espiritismo kardecista para designar uma categoria ampla de transtornos mentais ou distúrbios físicos, alcoolismo, dependência de substâncias, etc., causados por ação de um espírito obsessor. Na linguagem popular, também se emprega obsessão para designar delírios ou alucinações.

Obsedado, obsediado: no espiritismo kardecista, diz-se obsediado o indivíduo que está sofrendo a ação maléfica de um espírito, geralmente desencarnado.

Ocasião: regras, fluxo menstrual.

Ocó: entre travestis, denominação para homem heterossexual.

Ofender: deflorar, desvirginar uma mulher.

Ogum: orixá das discórdias, da guerra; seu dia é quinta-feira. Sincretizado com São Jorge.

Olhado: o mesmo que mau-olhado, feitiço, quebranto; estar com olhado é estar enfeitiçado.

Olho estrebuchar: crise oculogírica (olhos reviram, geralmente por distonia causada por neurolépticos).

Olho-grosso, olho-ruim, olho-mau: indivíduo capaz de causar mau-olhado, de produzir, por ação espiritual, efeitos negativos sobre pessoas, animais, plantas, etc. Também olho-de-matar-pinto, olho-de-secar-pimenta.

Olorum, Olarum, Olodumaré: espírito supremo nas religiões afro-brasileiras. O senhor criador do céu. Seus três aspectos, análogos aos da trindade do cristianismo, são: Obatalá, o pai; Oxalá, o filho; e Ifã, que corresponde ao Espírito Santo.

Oluô: nas religiões afro-brasileiras, sacerdote especializado no jogo de búzios, adivinho.

Operação: ato de defecar.

Opilação: sinônimo de obstrução; estar opilado é estar "obstruído", "carregado", tenso; desopilar é "descarregar", aliviar-se de tensão. Opilação também é cansaço, geralmente associado a verminoses, "amarelão" (*Ancylostoma duodenale* ou *Necator americanus*).

Orixás: nas religiões afro-brasileiras (candomblé e umbanda), os orixás são os grandes espíritos.

Orum: céu, mundo dos orixás.

Ossaim: orixá das folhas, que cura com ervas.

Otuso: obtuso, tonto, perturbado, indeciso, sem inteligência.

Ôura: ouras, desmaio, tonteira, vertigem.

Oxalá, Obatalá: é o filho de Olorum (espírito supremo), análogo a Jesus Cristo, com poder imenso, é o mais alto de todos os orixás. Sua missão é atenuar o mal preparado pelos quimbandeiros.

Oxossi: orixá da caça, sincretizado com São Sebastião, possui a função de praticar a caridade e estudar as propriedades das plantas medicinais.

Oxum: orixá feminino ligado a raios, fontes e regatos, orixá da beleza e da vaidade. Protetora das meninas, das moças, dos bailes, dos namoros e dos casamentos.

Pai-de-santo: sacerdote iniciado e experiente no candomblé ou na umbanda, com a capacidade de receber muitas entidades (orixás, pretos-velhos, exus, etc.) e, assim, ajudar espiritualmente as pessoas.

Paixão-recoída, paixão arrecolhida: devido a amores insatisfeitos, não-correspon-

didos ou a abandono da pessoa amada, indivíduo apresenta tristeza, desânimo, somatizações, etc. "Despoi que teve o desengando do rapái, ela fico istraviano, deu prá secá, prumode paixão recoída."

Pamonha: palerma, preguiçoso, mole, inerte.

Panca: cabeça.

Pancada: louco, psicótico, também excêntrico.

Pancudo: em São Paulo, convencido, arrogante.

Pandorga: bobo, ingênuo, atoleimado.

Panema: na Amazônia, é infeliz, fraco, indolente.

Panos, nos panos: desmaiado.

Papada: aumento do volume da região supra-hióidea, bócio.

Papa-chibé: indolente, tímido.

Papa-figo: duende do ciclo dos monstros assustadores de crianças, homem-monstro que comia o fígado das crianças; análogo ao lobisomem das cidades.

Papa-terra: criança ou adulto com geofagia, "pica", comedor de terra ou "comedor-de-moringa".

Papangu: moleirão.

Papeira, papo, pescoço-grosso: bócio endêmico tireoidiano; mas também cachumba, parotidite infecciosa.

Papel: entre usuários de substâncias, unidade de venda de cocaína, em geral envolta em plástico ou papel alumínio.

Papudo: indivíduo mentiroso, contador de vantagens, "garganta". Também portador de papo, bócio tireoidiano.

Paquete: fluxo menstrual.

Parafuso frouxo, parafuso solto, parafuso ou roela de menos, parafuso fora do lugar: expressões genéricas de modelo explicativo para transtorno mental.

Paranóia, piração: termos usados popularmente para indicar "loucura". Paranóia também designa preocupação excessiva, medos ou pensamentos fixos. Também "paranóia" é termo para medos, idéias ou sensações de perseguição em usuários de substâncias (sobretudo cocaína).

Parição, paridura: parto.

Parto a ferro: parto a fórceps.

Partes: órgãos genitais externos, especialmente do sexo feminino.

Pasmar: desfalecer, ficar admirado, cheio de espanto. Também significa apresentar aspecto mirrado, anêmico.

Passamento: agonia, morte.

Passarinha: baço. Também genitália feminina.

Pau-d'água, pé-de-cana, pingão, **pinguço**: alcoolista, dependente de álcool.

Pedra: denominação usada por usuários de substâncias para o *crack* (mas também para medicamentos com ação alucinatória ou excitante, como anticolinérgicos, opióides, etc.).

Pega: entre usuários de substâncias, tragada em cigarro de maconha ("dar um pega").

Pegar doença: adoecer.

Pejada: grávida.

Pengó: pessoa tola, boba, apalermada.

Pente: região púbica.

Pentelhos: pêlos do púbis.

Perca: "perda" do feto, aborto.

Percúndia: tristeza.

Perda-da-fala: mutismo, afasia, afonia, geralmente por causa emocional.

Perder a mente, perder o sentido: expressões para adoecer mentalmente.

Perder o juízo, perder o senso: expressões para enlouquecer.

Perder-se: ser deflorada, prostituir-se.

Perereca: pessoa franzina, enfezadinha, inquieta. Também designa genitália feminina.

Peripaque: desmaio, crise de ansiedade ou crise histérica, dissociativa.

Periquito, periquita: vulva.

Perobo: no Nordeste, homem homossexual.

Perrengue: fraco, enfermiço.

Perturbação na cabeça: transtorno mental, geralmente não muito grave.

Pesada: grávida.

Pesadera: pesadelo.

Piá: menino.

Piaque: embriaguez alcoólica.

Pica: pênis. Também perversão do comportamento alimentar, malacia (comer terra, argila, barro de moringa, etc.).

Pico: entre usuários de substâncias, designação de dose de droga de uso injetável, geralmente a cocaína ("tomar um pico" é consumir uma dose de cocaína via endovenosa).

Pifão, pileque, bebo: embriaguez alcoólica.

Piguancha, china: no Sul, prostituta, meretriz.

Piloira: vertigem, desmaio, lipotimia.

Pinicura: comichão.

Pinel: louco, psicótico, pessoa com transtorno mental grave.

Pinguço: que abusa ou depende de álcool.

Pinguela, pinguelo: clitóris, pequenos lábios.

Pipar: entre usuários de substâncias, denominação para "fumar *crack*".

Piquira: ferrar na piquira é dormir sono profundo.

Pirado, pirado da cabeça, pirar: louco, pessoa com quadro mental grave, pirar é enlouquecer.

Piririca: na Amazônia, trêmulo, irritado, furioso; vem de "piriri", que é tremer, estremecer, tiritar.

Pisco, pisca: de psíquico, pessoa que tem problemas mentais.

Pisquila: pessoa pequena, fraca.

Piteiro, cachaceiro: que abusa ou depende de álcool.

Pito: cachimbo, cigarro.

Pitorra: cabeça.

Plasta: pessoa mole, inútil.

Pó: cocaína; mas, no interior do Brasil, pode ser tabaco torrado.

Pólvora, porongo: pinga.

Pombagira: na umbanda (quimbanda), é um importante exu feminino, sendo uma entidade que tem prazer especial em atuar para finalidades amorosas.

Pomboco, pomba-lesa: pessoa com retardo mental.

Porco, tomar um: embriagar-se.

Positivado: entre usuários de substâncias, designação dos indivíduos contaminados pelo vírus da AIDS (HIV).

Precisão: necessidade de evacuar ou urinar.

Prenhada, prenhe: grávida.

Preto-velho: entidade espiritual das religiões afro-brasileiras; em oposição aos exus (relacionados às trevas), os pretos-velhos são sempre espíritos de luz, há vários deles: Pai Tomé, Pai Benedito, Pai Joaquim, etc.

Pricundia: possivelmente corruptela de hipocondria; significa estado melancólico, depressivo, de abatimento psíquico.

Privação: ausência temporária do ato de defecar ou urinar; também significa falta de fôlego.

Problema de nervos: termo genérico para transtornos mentais, geralmente ansiosos ou depressivos.

Problema espiritual: modelo causal para transtornos mentais, influência de espírito ruim, demônio, fraqueza espiritual, afastamento da fé.

Problema psicológico: expressão genérica para explicar grande número de transtornos mentais.

Problema no oco da cabeça, problema no cérebro: expressões associadas a transtornos mentais. "É esse problema no oco da cabeça, faz eu perder o sentimento, ficá assim meio esquecido, não aprendo nada, mas trabalhá, eu trabalho." (MN).

Provocar: vomitar.

Puava: colérico, irado, irritadiço.

Punheta: tocar ou bater punheta é a masturbação no sexo masculino.

Pururuca: tesão, excitação sexual.

Puxando fogo: alcoolizado.

Puxo: contração ou tenesmo retal ou vesical.

Quarentena: abstinência sexual.

Quarta-feira: pessoa atoleimada, boba.

Quebra-louça: no meio *gay*, relacionamento entre dois homossexuais passivos.

Quebranto: feitiço, mau-olhado, mas também desfalecimento, pródromo de estado infeccioso.

Quebrantado: pessoa abatida, debilitada.

Quebrera: prostração, fraqueza, moleza.

Queijo: entre usuários de substâncias, denominação do anticolinérgico e alucinógeno Artane (cloridrato de triexifenidila).

Queimação, queimor, quentura: impressão de forte calor, ardor.

Queimação-na-pele: hiperestesia cutânea.

Queimação-no-estômago: pirose, azia.

Queimação-no-interior: sensação de hipertermia na profundidade do corpo, também "fogacho".

Queimar a rosca: relação sexual anal.

Quenga: prostituta de baixa condição.

Quengo: cabeça, inteligência, talento.

Quente: medicamento ou alimento quente produz "irritação", "revolvimento dos humores", são estimulantes, ajudam os indivíduos "constipados", resfriados e com "sangue enfraquecido".

Quentura na cabeça, miolo quente: expressão para ansiedade, irritação ou inquietação psicomotora.

Quer-que-é: o boitatá (cobra de fogo) em Santa Catarina.

Quibungo: monstro do ciclo de aterrorizadores de crianças, principalmente na Bahia.

Quigila, quizila: repugnância, prevenção, antipatia.

Quimbanda: parte da umbanda de culto aos exus e pombagiras.

Quipá: prurido, coceira.

Rabo-virado: pessoa de mau humor.

Rabada: ânus, nádega.

Racha: vulva; no meio *gay*, também significa mulher heterossexual.

Rampera: prostituta.

Ranzinza: teimoso, irritadiço, caprichoso.

Rapariga: no Norte, prostituta.

Raspar: sofrer; "Raspei muita fome, doutor".

Rebite: entre caminhoneiros, denominação de medicamentos anfetamínicos, utilizados de modo abusivo para o motorista se manter acordado ao dirigir o caminhão.

Rebordosa: doença grave, acontecimento funesto.

Rebuliço: sensação de movimentos anormais, de ruído, agitação.

Recaída de dieta: distúrbios físicos ou transtornos mentais associados ao puerpério. "Fiquei ruim porque tomei chuva, andei descalça, comi coisa assim, carne de porco, gelado ... meu marido disse que foi recaída de dieta, tinha 60 dia de nascido meu filho. Depois, graças a Deus, peguei saúde." (MN).

Recoído: doença ou sintoma protraído, latente.

Regeneração: termo utilizado, geralmente no ambiente evangélico, para mudança de comportamento em relação a substâncias, associado à cura religiosa.

Rego, regada, regueira: prega interglútea, ânus; estar de rego é ser gordo, obeso.

Regra, regulamento: menstruação.

Reinar: fazer bagunça, comportar-se mal.

Remeçar: vomitar.

Remelexo: movimentos coréicos.

Remorso: sensação desagradável, efeito colateral de medicamento.

Rengo: manco da perna e que a arrasta.

Repunar, arrepunar: repugnar, não tolerar, repelir, reagir.

Ressecamento: obstipação, prisão de ventre.

Resguardo: dieta que se associa a um conjunto de crenças e medidas higiênicas impostas pelo parto ou por várias doenças.

Resguardo-quebrado: conseqüências funestas (doenças, sintomas) da desobediência do resguardo (do parto ou de doenças).

Revesar: vomitar, "lançar".

Roedeira: pirose fraca, azia, queimação.

Rosetá: divertir-se, principalmente com um sentido erótico; "Eu quero é rosetá".

Revirado da bola, ruim da bola, sofrer da bola: louco, psicótico, também pessoa sem juízo.

Sabaquara: apalermado, bobo, tolo.

Saci, saci-pererê: mito de um pequeno negrinho, com uma perna só, ágil, astuto, fumador de cachimbo, que corre à noite com os animais, produzindo um assobio misterioso.

Sair-dos-trilhos: comportar-se mal, agir imoralmente.

Samonga, sambangó: lerdo, frouxo, pateta, sonso.

Sapatão, sapata, sapa: mulher homossexual.

Sarcero: confusão, briga, encrenca.

Saru: pessoa ou animal tornados inúteis, inaptos, em condições de prejudicarem tão só pelo contato.

Sauna de *boys*: saunas de prostituição masculina (geralmente michês com homens homossexuais).

Secura: sede intensa e ardente.

Seda: entre usuários de substâncias, denominação do papel utilizado para enrolar o cigarro de maconha.

Separar os nervos: modelo explicativo para explicar ação curativa de medicamentos ou da fé religiosa.

Sereno no crânio: ter ou estar com sereno no crânio é apresentar retardo mental.

Sesto: sestro, cacoete, hábito incoveniente, masturbação.

Sifres, sifres na cabeça: corruptela de sífilis e sífilis neuropsiquiátrica.

Simioto: mal de simioto; distrofia desidratante do lactente.

Simonte: tabaco torrado e pulverizado, também rapé ou pó.

Simpatia: ação ou tratamento utilizando procedimentos mágicos, geralmente com adornos corporais pendurados no pescoço ou em outras partes do corpo (chocalho de cascavel, dente de coelho, raminho de arruda, etc.).

Sino-nos-ouvidos: zumbido.

Sistema nervoso, estresse nervoso: expressões equivalentes a sintomas ansiosos, tensão, irritação. "O problema é que eu tenho sistema nervoso, doutor, meu filho foi ficando adolescente, ficava dando trabalho, não queria estudar mais, o marido arrumou outra mulher, foi embora de casa..." (MN).

Sobrosso: medo, receio, susto.

Soltar-se: apresentar diarréia ou incontinência urinária.

Solteira: no Centro e Norte do Brasil, significa prostituta.

Songamonga: pessoa abobalhada, lerda, que não entende direito as coisas.

Soronga: pessoa estonteada, indecisa, meio mole.

Sortura: soltura, diarréia, incontinência fecal.

Subiu prá cabeça, suspensão do sangue: modelo explicativo associando, geralmente, cessação do fluxo menstrual e problemas mentais.

Sucesso: parto.

Sufocação: dispnéia, fogacho (do climatério).

Sufocação-da-madre, afogação-da-madre: dispnéia de origem emocional, histeria, ansiedade.

Sustança: força, vigor, coragem, robustez.

Susto, susto-nervoso: modelo explicativo de transtornos mentais.

Talento: força física, energia, virtude, *potentia coeundi*, etc.

Taludo: crescido, corpulento, grande.

Tango-romango, tangolo-mango: mal súbito, geralmente incurável e causado por sortilégio, feitiçaria; faz o indivíduo definhar; crença trazida ao Brasil pelos escravos africanos.

Tapa, tapinha: entre usuários de substâncias, tragada em cigarro de maconha.

Tatibitati: gago, tartamudo, tataranha; mas também perplexo, acanhado.

Tã-tã, tã-tã da cabeça: louco, pessoa com transtorno mental grave. "O meu tio tinha mente fraca, desde que eu conheço o meu tio ele já era assim meio tã-tã da cabeça, que nem casou..." (MN).

Tato: tataro, gago.

Teimosia: aguardente, pinga, cachaça.

Tempo, ocasião: no período menstrual.

Tenença, tenência: coragem, firmeza, vigor.

Terreiro: nas religiões afro-brasileira, local de culto; também é designação para a comunidade do candomblé.

Ter tireóide: hipertireoidismo, às vezes hipotireoidismo.

Termo: sinal de morte iminente: "Fazer-termo" e mostrar a face, os olhos demasiado abertos, embaciados e fixos, como se o indivíduo fosse logo morrer.

Tesão: excitação sexual, ereção, "pururuca".

Tibarané: mito mato-grossense do ciclo da angústia infantil; é o "rouba-crianças", "índio-velho" que, ao anoitecer, rouba crianças que assobiam.

Tirar um dezesseis: termo no meio de usuários de substâncias para referir-se ao artigo 16 (porte de drogas) na antiga lei de tóxicos (1976), vigente até 2006.

Tirar um doze: termo no meio de usuários de substâncias para referir-se ao artigo 12 (tráfico de drogas) na antiga lei de tóxicos.

Tiro: entre usuários de substâncias, *dar um tiro* é cheirar uma carreira de cocaína.

Tocado, queimado, chumbado, bicado, melado: estar embriagado com bebida alcoólica.

Tocar flautim de capa: masturbação masculina.

Toeiras: estar nas toeiras é estar atrapalhado, confuso.

Tomado: transtorno mental súbito.

Tora: no Sul, soneca; mas também significa briga.

Torcida: pênis.

Torporência: entorpecimento.

Tranca: sensação de aperto, de constrição; "uma tranca nos peito, na cabeça"; "ter tranca no coração".

Tranquera: pessoa que não presta, que é ruim, sem caráter.

Trans: termo popular para pessoa transexual.

Transação, transar: ter relação sexual.

Trapaiada: atrapalhado, alterado, confusão mental.

Traque: coisa ou pessoa sem valor; também significa gases intestinais.

Travar: entre usuários de substâncias, travar é o efeito motor da cocaína, tensão muscular, enrijecimento.

Traveca, trava, boneca: denominação para travesti (homem que se veste e se adorna como mulher para ter relações sexuais, geralmente com homens).

Trelente: tagarela, implicante, bisbilhoteiro.

Tremura: tremor, "tremura-nas-carnes" pode referir-se a mioclonias. Tremura nas pernas, tremura no corpo, tremura nos nervos.

Tresvariando: estar tresvariando é igual a *variar*, apresentar sintomas do *delirium*.

Truvisco, molhado, tourado, chapado, quente (estar): estado de embriaguez por bebidas alcoólicas.

Tuim: entre usuários de substâncias, termo utilizado para designar o efeito agudo do *crack* (cocaína).

Turtuviar, tutuviá, trutuviá: ficar atordoado, perplexo, tonto, pasmo, hesitante.

Tutu, tutu-marambá, tutu-marambaia: monstro do ciclo da angústia infantil; o bicho-papão das antigas "mães-pretas" e babás.

Últimas: agonia; "estar-nas-últimas": agonizar.

Um sete um (171): entre usuários de substâncias ou no meio delinqüente, dar um golpe, levar vantagem sobre alguém. Também a pessoa que faz isso, delinqüente, sociopata.

Urina-solta: enurese, incontinência urinária.

Ute: útero; "ute-solto" é menorragia ou prolapso uterino.

Vacilar: termo para designar "enfraquecimento" da fé que aumentaria a vulnerabilidade para transtornos mentais.

Vágado: desmaio, vertigem, lipotimia.

Varado: faminto.

Vareio: quadro confusional, *delirium*. Também quadro psicótico.

Variar: pronunciar palavras ou frases desconexas, apresentar *delirium*, geralmente de origem febril ou infecciosa aguda. "Variar" também é, genericamente, enlouquecer.

Veia entupida, veia murchando, veia secando: expressões explicativas para epilepsia ou outros transtornos psico-orgânicos.

Vento-encanado: corrente de ar que, segundo crença popular, pode produzir doenças.

Ventosidade: gases em abundância no estômago ou nos intestinos.

Vergonha: órgãos genitais externos, ânus.

Verter-água: urinar.

Vexame, vexação, avexame: aflição, incômodo, angústia, dispnéia, lipotimia.

Via: vagina, uretra, mas também reto, ânus.

Viagem: entre usuários de substâncias, termo utilizado para designar o efeito da substância durante determinado período.

Viço: vício; "ter-viço" é sofrer malacia, comer terra, argila, barro de moringa.

Virado: apaixonado, enamorado, mas também desnaturado.

Virado-do-juízo: desnorteado, enlouquecido, iludido, geralmente por paixão amorosa.

Visão, visagem: ilusão ou alucinação visual; em algumas regiões do Brasil, há a crença de um fantasma (visão) que aparece perto de casas velhas onde alguém, em tempos idos, deixou um "enterro".

Visita: menstruação.

Vozes: alucinações auditivas. Na tradição popular, também se usa o termo "vozes" para designar palavras ou frases soltas, ouvidas ao acaso nas ruas, que são interpretadas de forma oracular; o sujeito, angustiado por uma resposta a um desfecho do destino ou a um desejo, busca nessas palavras fortuitas uma "indicação" do que irá acontecer.

X: termo para a substância *ecstasy*.

Xangô: orixá que rege os relâmpagos, tempestades, pedras; propicia sabedoria, paz, justiça, prosperidade. Seu dia é quinta-feira; a cor, vermelha; a bebida, cerveja preta. Sincretizado com São Jerônimo, com a função de enfrentar os feitiços dos quimbandeiros.

Xaqueca: enxaqueca.

Xexelenta: pessoa xereta, que se mete na vida dos outros.

Xibungo: homossexual predominantemente passivo.

Xilique: crise emocional, descontrole emocional.

Xumberga: no Norte, embriaguez alcoólica.

Zabaneira: mulher viciada, de mau proceder, prostituta.

Zambo: tonto, desnorteado.

Zanaga: vesgo, estrábico.

Zangar: alterar, perturbar a função de um órgão, *desarranjar*. Também irritar-se.

Zanoio, zanolho, zarolho, zargo: estrábico, vesgo.

Zanzo: no Sul, tonto, atordoado.

Zebra: pouco inteligente, tonto.

Zica: azar; "dar uma zica" é ter muito azar.

Zoada, zunideira: zumbido, ruído, zunido, confusão.

Zonzo da cabeça: em São Paulo, zonzo da cabeça, além de tontura, é também sinônimo de agonia, ansiedade.

Zonzura na cabeça: mal-estar associado a sintomas ansiosos, sobretudo em lugares movimentados.

Zoquinha: no Nordeste, zoquinha é cabisbaixo.

Zoró, zuruó: tonto, também indivíduo com transtorno mental grave.

Zuada: barulho, agitação, ambiente conturbado.

Zuar: entre adolescentes, brincar, gozar, tirar sarro.

Zumbi: fantasma, espectro em quibungo; no Nordeste, às vezes, significa a denominação do saci.

Zureta: estonteado, atordoado, maluco.

Este glossário é baseado principalmente nos trabalhos de Fernando São Paulo (1936); Renato Clark Bacellar [1958] (1962); Hernâni Donato (1973); Othon Bastos (s.d.), Camara Cascudo (1988); Elias Neto (1996); Renata Azevedo (1996), Marcelo G. Nucci (2002), Reginaldo Prandi (2005) e em informações pessoais do autor. Para os depoimentos colhidos por Nucci (2002), foi utilizada a abreviatura MN.

Referências bibliográficas e leituras recomendadas

ABDO, C. H. N. Diagnóstico em psiquiatria e relação médico-paciente. *Revista da Associação Médica do Brasil*, n. 42, p. 222-228, 1996.

ABDO, C. H. N.; SAADEH, A. Transtornos da sexualidade. In: LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. (Org.). *Psiquiatria básica.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ABREU, C. N.; TAVARES, H., CORDÁS, T. A. et al. *Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos.* Porto Alegre: Artmed, 2008.

ALHO FILHO, J. *O delírio*: transtorno da intuição. 1995. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 1995.

ALMEIDA FILHO, N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *The British Journal of Psychiatry*, v. 171, p. 524-529, 1997.

ALMEIDA FILHO, N. For a general theory of health: preliminary anthropological and epistemological notes. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 4, p. 753-770, 2001.

ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia,* v. 3, n. 1-3, p. 4-20, 2000.

ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica da teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência e Saúde Coletiva,* v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002.

ALOÉ, F.; AZEVEDO, A. P.; HASAN, R. Mecanismos do ciclo sono-vigília. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 1, p. 33-39, 2005.

ALONSO FERNANDES, F. *Fundamentos de la psiquiatria atual*. Madrid: Paz Montalvo, 1977.

ALVERSON, H.; ALVERSON, M.; DRAHE, R. E. An ethnographic study of the longitudinal course of substance abuse among people with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, v. 36, n. 6, p. 557-569, 2000.

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. Practice parameters for the psychiatric assessment of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 36, n. 10, p. 4-20, 1997.

AMERICAN ASSOCIATION OF MENTAL RETARDATION (AMR). *Retardo mental:* definição, classificação e sistemas de apoio. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR:* manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ANDREASEN, N. C. et al. Symptoms of schizophrenia: methods, meanings, and mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, v. 52, p. 341-351, 1995.

ANDREASEN, N. C.; BLACK, D. W. *Introductory textbook of psychiatry*. Washington: American Psychiatric, 1991.

ANTHONY, J. C.; LeRESCHE, L.; NIAZ, U. Limits of the mini-mental state as a screening for

dementia and delirium among hospital patients. *Pscyhological Medicine*, v. 12, p. 397-408, 1982.

ANTOINE, C. et al. Conscience des déficits et anosognosie dans la maladie d'Alzheimer. *L'Encephale,* v. 30, p. 570-577, 2004.

APPELBAUM, P. S.; ROBBINS, P. C.; ROTH, L. H. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, v. 156, n. 12, p. 1938-1943, 1999.

ARAÚJO, A. M. *Medicina rústica*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1979.

ARISTÓTELES. *Acerca del alma*. Madrid: Gredos, 1994.

ARISTÓTELES. *Metafísica*. São Paulo: Abril Cultural, 1973, p. 211. (Os Pensadores).

ARNULF, I. et al. Kleine-Levin syndrome: a systematic review of 186 cases in the literature. *Brain*, v. 128, p. 2763-2776, 2005.

ARSENEAULT, L.; CANNON, M.; POULTON, R. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *British Medical Journal*, v. 325, p. 1212-1213, 2002.

ARTENI, N. S.; ALEXANDRE NETTO, C. Neuroplasticidade. In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ASKIN-EDGAR, S.; WHITE, K. E.; CUMMINGS, J. L. Aspectos neuropsiquiátricos da doença de Alzheimer e de outras demências. In: YUDOFSKY, S. C.; HALES, R. E. *Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

AYALA-GUERRERO, F. Evolução do sono nos vertebrados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 43, n. 1, p. 49-55, 1994.

AZEVEDO, A. P.; ALÓE, F.; TAVARES, S. M. A. Transtornos do sono. In: LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. *Psiquiatria básica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

AZEVEDO, R. C. S. *Cartilha de prevenção à contaminação pelo HIV para usuários de drogas*. Campinas: Mimeo, 1996.

AZORIN, J. M. Qu'est-ce que le trouble bipolaire? *L'Encephale*, v. 32, p. 489-496, 2006.

BACELLAR, R. C. Linguagem médica popular no Brasil. *Revista Roche*, Rio de Janeiro, 1962.

BAKTIN, M. *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BALDWIN, B.; FÖRSTL, H. 'Pick's disease'—101 years on still there, but in need of reform. *The British Journal of Psychiatry*, v. 163, p. 100-104, 1993.

BARAHONA FERNANDES, H. J. *Filosofia e psiquiatria*: experiência portuguesa e suas raízes. Coimbra: Atlântica, 1966.

BAR-ON, R.; PARKER, J.D.A. *Manual de inteligência emocional*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BASSITT, D. P. *Contribuição ao estudo da discinesia tardia*: aspectos clínicos, fisiopatológicos e terapêuticos. 1998. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1998.

BASSON, R. Sexual desire and arousal disorders in women. *The New England Journal of Medicine*, v. 354, p. 1497-1506, 2006.

BASSON, R.; SCHULTZ, W. W. Sexual dysfunction 1: sexual sequelae of general medical disorders. *The Lancet*, v. 369, p. 409-424, 2007.

BASTOS, C. L. *Manual do exame psíquico.* Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

BASTOS, O. Curso sobre delírios: I-IV. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria,* v. 35, n. 1-4, 1986.

BASTOS, O. *Vocabulário psiquiátrico popular*. Recife, [19—?]. Manuscrito.

BEARD, R. M. *Como a criança pensa*. São Paulo: IBRASA, 1978.

BEHRENDT, R. P.; YOUNG, C. Hallucinations in schizophrenia, sensory impairment, and brain disease: a unifying model. *Behavioral and Brain Sciences*, v. 27, p. 771-830, 2004.

BELMAKER, R. H. Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine*, v. 351, p. 476-486, 2004.

BENSON, D. F. The Geschwind syndrome. *Advances in Neurology*, v. 55, p. 411-421, 1991.

BENSON, D. F.; STUSS, D. T. Frontal lobe influence on delusions: a clinical perspective. *Schizophrenia Bulletin*, v. 16, n. 3, p. 403-411, 1990.

BENTON, A.; TRANEL, D. Visuoperceptual, visuospatial, and visuoconstructive disorders. In: HEILMAN, K. M.; VALENSTEIN, E. (Ed.). *Clinical neuropsychology*. New York: Oxford University, 1993.

BERDIAEFF, N. *Versuch einer paradoxalen Ethik*. Berlin: [s.n.], 1935.

BERGSON, H. *O pensamento e o movente*. São Paulo: Abril Cultural, 1984. (Os pensadores).

BERLINCK, M. T. O que é psicopatologia fundamental. *Psicanálise e Universidade*, v. 7, p. 115-131, 1997.

BERNARD, P.; TROUVÉ, S. *Sémiologie psychiatrique*. Paris: Masson, 1976.

BERRIOS, G. E. Delusions as wrong beliefs: a conceptual history. *The British Journal of Psychiatry*, v. 159, n. 14, p. 6-13, 1991a.

BERRIOS, G. E. Descriptive psychopathology. In. BERRIOS, G. E. *The history of mental symptoms*. Cambridge: Cambridge University, 1996.

BERRIOS, G. E. Musical hallucinations: a statistical analysis of 46 cases. *Psychopathology*, v. 24, p. 356-360, 1991b.

BERRIOS, G. E. Stupor revisited. *Comprehensive Psychiatry*, v. 22, p. 466-478, 1981.

BERRIOS, G. E. The history of mental symptoms. Cambridge: Cambridge University, 1996.

BERRIOS, G. E.; FUENTENEBRO DE DIEGO, F. *Delírio*: historia, clínica, metateoría. Madrid: Trotta, 1996.

BERRIOS, G. E.; KAN, C. S. A conceptual history and quantitative analysis of 178 historical cases of dysmorphophobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 94, p. 1-7, 1996.

BERRIOS, G. E.; PORTER, R. The history of clinical psychiatry. New York: New York University, 1995.

BERTOLOTE, J. M. *Glossário de termos de psiquiatria e saúde mental da CID-10 e seus derivados*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BETTA, J. C. *Manual de psiquiatria*. Buenos Aires: Albatros, 1972.

BIÉDER, J. Troubles du langage chez des patients dits schizophrènes. *Annales Médico-psychologiques*, v. 158, n. 5, p. 419-423, 2000.

BINSWANGER, L. [1961] Sobre la forma maníaca de vida. In: BINSWANGER, L. *Artículos y conferencias escogidas I-II*. Madrid: Gredos, 1973.

BINSWANGER, L. Der fall Lola Voss. *Das Schweizer Archiv fúr Neurologie und Psychiatrie,* v. 63, 1949.

BIRMAN, P. *O que é umbanda*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BIRNBAUM, K. *Handwörterbuch der medizinischen psychologie.* Stuttgart: Geor Thieme Verlag, 1930.

BLACK, D. N. et al. Conversion hysteria: lessons from functional imaging. *Journal of Neurpsychiatry and Clinical Neurosciences*, v. 16, p. 245-251, 2004.

BLACKWOOD, N. J. et al. Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions. *The American Journal of Psychiatry*, v. 158, p. 527-539, 2001.

BLAIR, C. How similar are fluid cognition and general intelligence? *Behavioral and Brain Sciences*, v. 29, p. 109-160, 2006.

BLEULER, E. *Afectividad, sugestibilidad, paranoia*. Madrid: Morata, 1942.

BLEULER, E. *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

BODEI, R. *As lógicas do delírio*. Bauru: EDUSC, 2003.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BOURGEOIS, M.; VERDOUX, H.; MAINARD, C. H. D. Manies dysphoriques et états mixtes. *L'Encephale,* sup. 6, p. 21-32, 1995.

BROWN, D. E. *Human universals*. New York: McGraw-Hill, 1991.

BRUGGER, P.; REGARD, M.; LANDIS, T. Unilateral felt "presences": the neuropsychiatry of one's invisible Doppelgaenger. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, v. 9, p. 114-122, 1996.

BUCK, J. *HTP*: manual e guia de interpretação. São Paulo: Vetor, 2003.

BUDSON, A. E.; PRICE, B. H. Memory dysfunction. *The New England Journal of Medicine*, v. 352, n. 7, p. 692-699, 2005.

BUNGE, M. Diez rivales en la lucha por el alma. In: BUNGE, M. *Mente y sociedad*. Madrid: Alianza, 1989.

BYNE, W.; PARSONS, B. Human sexual orientation. *Archives of General Psychiatry*, v. 50, p. 228-239, 1993.

CABRAL, A.; NICK, E. *Dicionário técnico de psicologia.* São Paulo: Cultrix, 1996.

CABRAL, R. J. *Para compreender a psicopatologia geral*. Belo Horizonte: Santa Edwiges, 1982.

CALDERONI, D. *Psicopatologia*: vertentes, diálogos. São Paulo: Via Lettera, 2002.

CAMARA CASCUDO, L. *Dicionário do folclore brasileiro*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1988.

CAMÍ, J.; FARRÉ, M. Drug addiction. *The New England Journal of Medicine*, v. 349, p. 975-986, 2003.

CAMÕES, L. de. *Livro dos sonetos*. Porto Alegre: LPM Editores. 1997, p. 16.

CAMPBELL, R. J. *Dicionário de psiquiatria*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico.* Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

CARLAT, D. J. *Entrevista psiquiátrica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CARROL, J. B. Psychometrics, intelligence, and public perception. *Intelligence*, v. 24, p. 25-52, 1977.

CASSIDY, F. et al. A factor analysis of the signs and symptoms of mania. *Archives of General Psychiatry,* v. 55, p. 27-32, 1998.

CATTEL, R. B. *Abilities*: their structure, growth, and action. Boston: Houghton Mifflin, 1971.

CATTS, S. V. et al. Allusive thinking in parents of schizophrenics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 181, p. 298-302, 1993.

CHARAM, I. *O estupro e o assédio sexual.* Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

CHARFI, F.; COHEN, D. Trouble hyperactif avec déficit de l'attention et trouble bipolaire sont-ils liés? *Neuropsychiatrie de L'Enfance et de L'Adolescence*, v. 53, p. 121-127, 2005.

CHENIAUX, E. *Manual de psicopatologia.* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CHOMSKY, N. *Novos horizontes no estudo da linguagem e da mente*. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

CHURCHLAND, P. M. *Matéria e consciência*: uma introdução contemporânea à filosofia da mente. São Paulo: UNESP, 2004.

CLÉRAMBAULT, G. G. [1921]. *Automatismo mental, paranoia.* Buenos Aires: Polemos, 1995.

CLÉRAMBAULT, G.G. *Automatismo mental, paranoia.* Buenos Aires: Polemos Editorial, 1995.

CLONINGER, C. R.; GOTTESMAN, I. L. Genetic and environmental factors in antisocial behaviors. In: MEDNICK, S. A. et al. *The causes of crime:* new biological approaches. New York: Cambridge University, 1987.

CLONINGER, C.R. Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology,* v. 4, p. 266-273, 1994.

COHEN, R. A.; SALLOWAY, S.; ZAWACKI, T. Aspectos neuropsiquiátricos dos transtornos de atenção. In: YUDOFSKY, S. C.; HALES, R. E. *Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica.* 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

COHEN-KETTENIS, P. T.; GOOREN, J. G. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 46, n. 4, p. 315-333, 1999.

COLLERTON, D.; PERRY, E.; McKEITH, I. Why people see things that are not there: a novel perception and attention deficit model for recurrent complex visual hallucinations. *Behavioral and Brain Sciences*, v. 28, p. 737-794, 2005.

CORIN, E. The thickness of being: intentional worlds, strategies of identity and experience among schizophrenics. *Psychiatry*, v. 61, p. 133-146, 1998.

CORIN, E.; LAUZON, G. Positive withdrawal and the quest for meaning: the recontruction of experience among schizophrenics. *Psychiatry*, v. 55, n. 3, p. 266-278, 1992.

COSTA PEREIRA, M. E. *Pânico*: contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico. São Paulo: Lemos, 1997.

COSTA, P. T.; WIDIGER, T. A. *Personality disorders and the five-factors model of personality*. Washington: American Psychological Association, 1994.

CRICK, F.; KOCH, C. Consciousness and neuroscience. *Cortex*, v. 8, p. 97-107, 1998.

CROW, T. J.; STEVENS, M. Age disorientation in chronic schizophrenics: the nature of the cognitive deficit. *The British Journal of Psychiatry*, v. 133, p. 137-142, 1978.

CUMMINGS, J. L. Alzheimer disease. *The New England Journal of Medicine*, v. 351, p. 56-67, 2004.

CUMMINGS, J. L. Hallucinations. In: CUMMINGS, J. L. *Clinical neuropsychiatry*. Orlando: Grune & Stratton, 1985.

CUMMINGS, J. L. Neuropsychiatry: clinical assessment and approach to diagnosis. In:

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. *Comprehensive textbook of psychiatry IV.* Baltimore: Williams e Wilkins, 1995.

CUMMINGS, J. L.; TRIMBLE, M. R. *Neuropsychiatry and behavioral neurology.* Washington: American Psychiatric, 1995.

CUNHA, J. A. *Psicodiagnóstico*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

CUTTING, J.; SHEPHERD, M. *The clinical roots of the schizophrenia concept.* Cambridge: Cambridge University, 1987.

CUVILLIER, A. *ABC de psicologia*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1937.

DALGALARRONDO, P. et a. Delírio: características psicopatológicas e dimensões comportamentais em amostras clínicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 52, n. 3, p. 191-199, 2003.

DALGALARRONDO, P. *Religião, psicopatologia e saúde mental.* Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALGALARRONDO, P.; FUJISAWA, G.; BANZATO, C. E. M. Capgras syndrome and blindness: against the prosopagnosia hypothesis. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 47, n. 4, p. 387-388, 2002.

DALGALARRONDO, P.; JACQUES DE MORAES, M. Alterações orgânicas e exames laboratoriais: uma revisão para o psiquiatra clínico. In: BRASIL, M. A. A.; BOTEGA, N. J. (Ed.). *PEC*: programa de educação continuada: textos de aulas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

DALGALARRONDO, P.; OLIVEIRA, M. C. M. Aspectos neuropsiquiátricos do lobo frontal: o caso da Síndrome de Cotard. In: NITRINI, R.; MACHADO, L. R. *Cursos pré-congresso 98*. São Paulo: Academia Brasileira de Neurologia, 1998.

DALLA BARBA, G. Different patterns of confabulation. *Cortex,* v. 29, p. 567-581, 1993.

DALLA BARBA, G. et al. Cortical networks implicated in semantic and episodic memory: common or unique? *Cortex*, v. 34, p. 547-561, 1998.

DAMASCENO, B. P. Time perception as a complex functional system: neuropsychological approach. *International Journal of Neuroscience,* v. 85, p. 237-262, 1996.

DANTAS, C. R.; BANZATO, C. E. M. Aubrey Lewis e a psicopatologia do *insight*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 6, n. 4, p. 106-112, 2004.

DANTAS, C. R.; BANZATO, C. E. M. Predictors of insight in psychotic patients. *Schizophrenia Research*, v. 91, n. 1-3, p. 263-265, 2007.

DARWIN, C. *A origem do homem e a seleção sexual*. São Paulo: Hemus, 1974.

DARWIN, C. *The expression of the emotions in man and animals.* New York: Greenwood, 1955.

DAUVILLIERS, Y.; ARNULF, I.; MIGNOT, E. Narcolepsy with cataplexy. *The Lancet,* v. 369, p. 499-511, 2007.

DAVID, A. Insight and psychosis. *The British Journal of Psychiatry,* v. 156, p. 798-808, 1990.

DAWES, M. A. et al. Developmental sources of variation in liability to adolescent substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence,* v. 61, p. 3-14, 2000.

DEL PINO, C. C. *Teoria de los sentimientos*. Barcelona: Fabula TusQuets, 2003.

DEL PORTO, J. A. Conceito de depressão e seus limites. In: LAFER, B. et al. *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DELAY, J.; PICHOT, P. *Manual de psicologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1973

DELGADO, H. *Curso de psiquiatría:* psicopatologia. Barcelona: Científico-Médica, 1969. Vol. 1.

DEWALD, P. Psicoterapia: uma abordagem psicodinâmica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

DODRILL, C. B. Myths of neuropsychology. *The Clinical Neuropsychologist*, v. 11, p. 1-17, 1997.

DOMHOFF, G. H. Making sense of dreaming. *Science,* v. 299, p. 1987-1988, 2003.

DONATO, H. Dicionário das mitologias americanas. São Paulo: Cultrix, 1973.

DÓRIA, C. S. *Psicologia científica geral.* Rio de Janeiro: Agir, 1977.

DUBOVSKY, S. L.; DUBOVSKY, A. N. *Transtornos do humor*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

DUFFY, J. D. The neurology of alcoholic denial: implications for assessment and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 40, n. 257-263, 1995.

EARLEY, C. J. Restless legs syndrome. *The New England Journal of Medicine,* v. 348, p. 2103-2109, 2003.

EISENBERG, L. Separating syndromes clinically: problems of definition. In: PICHOT, P.; REIN,

W. *The clinical approach in psychiatry*. Paris: [S.n.], 1993.

EKMAN, P. Are there basic emotions? *Psychological Review,* v. 99, p. 550-553, 1992.

ELBERT, T. et al. Increased cortical representation of the fingers of the left hand in string players. *Science*, v. 270, p. 305-307, 1995.

ELIADE, M. *O sagrado e o profano*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

ELIAS NETO, C**.** *Dicionário do dialeto caipiracicabano.* Piracicaba: Academia Piracicabana de Letras, 1996.

ENDLEMAN, R. Review: homosexuality in tribal societies. *Transcultural Psychiatric Research Review*, v. 23, p. 187-218, 1986.

ENGELHARDT, E. Demência vascular: os grandes subtipos clínico-patológicos isquêmicos. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 42, n. 4, p. 5-15, 2006.

ENGELHARDT, E.; LAKS, J.; ROZENTHAL, M. Distúrbios da linguagem: afasias – aspectos neuroclínicos e neuropsicológicos. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 32, p. 21-26, 1996.

ENGELHARDT, E.; ROZENTHAL, M.; LAKS, J. Atenção: aspectos neuropsicológicos. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 32, p. 101-106, 1996.

ENOCH, M. D.; TRTHOWAN, W. H. *Uncommon psychiatric syndromes.* Bristol: John Wright and Sons, 1979.

ERFURTH, A.; AROLT, V. Das Spektrum Bipolarer Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, v. 74, p. 55-71, 2003.

ERIKSON, E. H. *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós, 1985.

ERIKSON, E. H. *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976

EVANS, R.I. Entrevista de Jean Piaget a Richard I. Evans. In: EVANS, R.I. *Jean Piaget*: o homem e suas idéias. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980, p. 44.

EY, H. *Estudios sobre los delirios.* Madrid: Paz Montalvo, 1950.

EY, H. *La conciencia.* Madrid: Gredos, 1976.

EY, H. *Manuel de psychiatrie.* Paris: Masson. 1965.

EY, H. *Traité des hallucinations.* Paris: Masson, 1973.

EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C. *Tratado de psiquiatria*. Barcelona: Masson, 1974.

EYSENCK, H. J.; EYSENCK, M. *Personality and individual differences*. London: Plenum, 1985.

FEDERMAN, D. D. The biology of human sex differences. *The New England Journal of Medicine*, v. 354, p. 1507-1514, 2006.

FENELON, G. et al. Hallucinose musicale: 7 cas. *Revue du Neurologie*, Paris, v. 149, p. 462-467, 1993.

FERRARI, M. Cognitive performance and left-handedness. *Journal of Rehabilitation*, v. 73, n. 1, p. 47-54, 2007.

FERREIRA DE CASTRO, E. et al. Parasuicide and mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 97, p. 25-31, 1998.

FICHTER, M. M. Anorektische und bulimische Essstörungen. *Der Nervenarzt*, v. 9, p. 1141-1153, p. 2005.

FIKS, J. P. *Delírio*: um novo conceito projetado em cinemas. São Paulo: Via Lettera, 2002.

FONSECA, A. F. *Psiquiatria e psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1987.

FORD, C. V. The somatizing disorders. *Psychosomatics*, v. 27, p. 327-337, 1986.

FRANCES, R. J.; FRANKLIN, J. E. *Concise guide to treatment of alcoholism and addictions*. Washington: American Psychiatric, 1989.

FRAZER, J. G. *O ramo de ouro.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982

FREUD, S. [1895]. Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia”. In: FREUD, S. *Obras Completas.* Buenos Aires: Amorrortu, 1986. Vol. 3.

FREUD, S. [1905]. *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie.* Frankfurt: Fischer, 1958.

FREUD, S. [1906]. Der Wahn und die Traume in W. H. Jensens Gradiva. In: FREUD, S. *Studienausgabe Band X.* Frankfurt: Fischer Taschenbuch, 1982.

FREUD, S. [1911]. *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, S. [1911]. *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia*

(dementia paranoides):o caso Scherebe r. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976.

FREUD, S. [1915]. *A repressão*. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FREUD, S. [1926]. Inibición, sintoma y angustia. In: FREUD, S. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1986. Vol. 20.

FREUD, S. [1926]. Psicanálise In*: O tesouro da Enciclopédia Britânica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

FRIEDMAN, L.; WIECHERS, I.R. The brain hallucinates and gets caught in the web. *The Lancet*, 348, supl. 2, 21-28, 1996.

FRIEDMANN, C. T. H.; FAGUET, R. A. *Extraordinary disorders of human behavior*. New York: Plenum, 1982.

FRITH, C.D.; DONE, D.J. Towards a neuropsychology of schizophrenia. *British Journal os Psychiatry*, 153, 437-443, 1988.

FUSTER, J. M. *The prefrontal cortex:* anatomy, physiology and neuropsychology of the frontal lobe. New York: Lippincott-Raven, 1997.

GADAMER, H. G. Entrevista concedida a Philippe Forge e Jacques le Rider no dia 19 de abril de 1981. In: ENTREVISTAS do Le Monde-Filosofia. São Paulo: Ática, 1990.

GAEBEL, W. Hemisphaerenfunktionen und psychiatrische Erkrankungen. *Der Nervenarzt,* v. 59, p. 437-448, 1988.

GAILLAT, R. *Analyse caractérielle des élèves d'une classe por leur maître*. Paris: Presses Universitaires de France. 1967.

GARDNER, H. *Estruturas da mente*: a teoria das inteligências múltiplas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

GARNER, J. Dementia: an intimate death. *The British Journal of Medical Psychology*, v. 70, p. 177-184, 1997.

GARRARD, P.; PERRY, R.; HODGES, J. R. Disorders of semantic memory. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry,* v. 62, p. 431-435, 1997.

GAZZANIGA, M. S.; HEATHERTON, T. F. *Ciência psicológica*: mente, cérebro e comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GEERTZ, C**.** Por uma teoria interpretativa da cultura. In: GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GELLER, B.; ZIMERMAN, B.; WILLIAMS. M. DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder pyhenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, v. 12, p. 11-25, 2002.

GERRANS, P. Nativism and neuroconstructivism in the explanation of Williams syndrome. *Biology and Philosophy*, v. 18, p. 41-52, 2003.

GESELL, A. *Psicologia evolutiva*. Buenos Aires: Paidós, 1972.

GIGLIO, J. S. Psicopatologia e semiologia da afetividade. *Boletim Psiquiátrico UNICAMP*, v. 2, p. 43-45, 1974.

GIL, R. et al. Self-consciousness and Alzheimer's disease. *Acta Neurologica Scandinavica*, v. 104, p. 296-300, 2001.

GOETZ, C. G.; TANNER, C. M.; KLAWANS, H. L. Pharmacology of hallucinations induced by long-term drug. *American Journal of Psychiatry*, v. 139, n. 4, p. 494-497, 1982.

GOLEMAN, D. *Emotional intelligence*: why it can matter more than IQ. New York: Bantam, 1994.

GOODMAN, A. Organic unity theory: the mind-body problem revisited. *American Journal of Psychiatry,* v. 148, p. 553-563, 1991.

GOODMAN, R.; SCOTT. S. *Psiquiatria Infantil*. São Paulo: Roca, 2004.

GOODWIN, D. W.; ALDERSON. P.; ROSENTHAL, R. Clinical significance of hallucinations in psychiatric disorders: a study of 116 hallucinatory patients. *Archives of General Psychiatry*, v. 24, p. 76-80, 1971.

GORDON, B. Neuropsychology and advances in memory function. *Current Opinion in Neurology*, v. 10, p. 306-312, 1997.

GRADY, B.; LOEWENTHAL, K. M. Features associated with speaking in tongues: glossolalia. *The British Journal of Medical Psychology,* v. 70, p. 185-191, 1997.

GRAG, J. A. The contents of conciousness: a neuropsychological conjecture. *Behavioral and Brain Sciences*, v. 18, n. 4, p. 659-722, 1995.

GREGERSEN, E. *Práticas sexuais:* a história da sexualidade humana. São Paulo: Roca, 1983.

GRIESINGER, W. *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Stuttgart: [s.n.], 1845.

GROSSMAN, M. *The demand for health*: a theoretical and empirical investigation. New York: University Press, 1972.

GUILLAUME, P. *Manual de psicologia.* São Paulo: Editora Nacional, 1967.

GUTIÉRREZ-LOBO, K.; SCHMID-SIEGEL, B.; BANKIER, B.; WALTER, H. Delusions in first-admitted patients: gender, themes and diagnoses. *Psychopathology*, v. 34, p. 1-7, 2001.

HAERER, A. F. *DeJong's the neurologic examination.* Philadelphia: Lippincott-Raven, 1992

HALPERN, A. A importância da obesidade. *Diabetes e Metabolism,* v. 3, p. 114-115, 1998.

HALPERN, A.; MANCINI, M. C. Obesidade. *Jovem Médico*, v. 5, p. 325-332, 1997.

HARRIS, J. C. A clinical lesson at the Salpêtrière. *Archives of General Psychiatry*, v. 62, p. 470-472, 2005.

HAUSER, M. *Moral minds*: how nature designed our universal sense of right and wrong. New York: Harper Collins, 2007.

HAWTON, K. Assessment of suicide risk. *The British Journal of Psychiatry*, v. 150, p. 145-153, 1987.

HEMSEY, D. R.; GARET, P. A. The formation of maintenance of delusions: a Bayesian analysis. *The British Journal of Psychiatry,* 149, 51-56, 1986.

HERPERTZ, S.; SASS, H. Impulsivitaet und Impulskontrolle. *Nervenarzt*, v. 68, p. 171-183, 1997.

HILL, A.B. The environment and disease: association of causation. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, v. 58, p. 1271-1219, 1965.

HINSHELWOOD, R. D. *Dicionário do pensamento Kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

HIPÓCRATES DE CÓS. *Tratados Hipocráticos I*. Madrid: Gredos, 1990.

HJELMSLEV, L. T. *Prolegômenos a uma teoria da linguagem.* São Paulo: Abril Cultural, 1975. (Os pensadores).

HOBSON, J. A. *Dreaming:* an introduction to the science of sleep. New York: Oxford University, 2002.

HOFER, M. A. On the nature and consequences of early loss. *Psychosomatic Medicine*, v. 58, p. 570-581, 1996.

HOLLANDER, E.; POSNER, N.; CHERKASKY, S. Aspectos neuropsiquiátricos da agressão e de transtornos do controle dos impulsos. In: YUDOFSKY, S. C.; HALES, R. E. *Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica.* Porto Alegre: Artmed, 2006.

HOLLANDER, E.; SIMEON, D. *Transtornos de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

HOWARD, R.; ALMEIDA, O.; LEVY, R. Phenomenology, demography and diagnosis in late paraphrenia. *Psychological Medicine*, v. 24, p. 397-410, 1994.

HUME, D. *Investigação sobre o entendimento humano.* São Paulo: Abril, 1973. (Os pensadores).

IZQUIERDO, I. *Memória.* Porto Alegre: Artmed, 2002.

JABLENSKY, A. et al. Schizophrenia: manifestation, incidence and course in different cultures. *Psychological Medicine, Monograph Supplement,* v. 20, p. 1-97, 1992.

JAKOBSON, R. A fonologia em relação com a fonética. São Paulo: Abril Cultural, 1975. (Os pensadores).

JAMES, W. *The principles of psychology*. London: Encyclopaedia Britannica, 1952.

JANCKE, L.; SHAH, N. J.; PETERS, M. Cortical activations in primary and secondary motor areas for complex bimanual movements in professional pianists. *Brain Research and Cognition,* v. 10, p. 177-183, 2000.

JANET, P. Les actes inconscients et le dédoublement de la personalité pendent le somnambulisme provoqué. *Revue Philosophique*, v. 22, n. 2, p. 577-592, 1886.

JANZARIK, W. Der Psychose-Begriff und die Qualität des Psychotischen. *Der Nervenarzt*, v. 74, p. 3-11, 2003.

JANZARIK, W. Lebensereignis, Lebensgeschichte, Lebensentwurf: Psychopathologische und forensische Aspecte. *Nervenarzt*, v. 67, p. 545-551, 1996.

JASPERS, K. *Psicopatologia geral*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979.

JELLINEK, E. M. *The disease concept of alcoholism*. New Brunswick: Hillhose, 1960.

JOHNSON, F. H. *The anatomy of hallucinations*. Chicago: Nelson-Hall, 1978.

JUNG, C.G. *Ab-reações, análise dos sonhos, transferência.* Petrópolis: Vozes. 1999.

KANDEL, E. R. A new intellectual framework for psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, v. 155, p. 457-469, 1998.

KANDEL, E. R.; SCHWARTZ, J. H.; JESSEL, T. M. *Essentials of neural science and behavior.* New Jersey: Appleton and Lange, 1995.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. *Comprehensive textbook of psychiatry IV.* Baltimore: Williams e Wilkins, 1995.

KAPLAN, H. S. *O desejo sexual*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

KEEFE, R. S. E. The contribution of neuropsychology to psychiatry. *The American Journal of Psychiatry,* v. 152, p. 6-15, 1995.

KEEL, P. K.; FICHTER, M.; QUADFLIEG, N. Application of a latent class analysis to empirically define eating disorder phenotypes. *Archives of General Psychiatry*, v. 61, p. 192-200, 2004.

KELLEHEAR, A. Culture, biology, and the near-death experience. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 181, n. 3, p. 148-156, 1993.

KENDLER, K.S.; GLAZER. W.M.; MORGENSTERN, H. Dimension of delusional experience. *The American Journal of Psychiatry*, v. 140, n. 466-469, 1983.

KESSLER, R. C. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, v. 62, p. 617-627, 2005.

KING, B. H. et al. Mental retardation: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 36, p. 1656-1671, 1997.

KIRMAYER, L. J. et al. Explaining medically unexplained symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry,* v. 49, n. 10, p. 663-672, 2004.

KLEIN, M. *Inveja e gratidão.* Rio de Janeiro: Imago Editora. 1974.

KLEINMAN, A. *Rethinking psychiatry*: from cultural category to personal experience. New York: The Free, 1988.

KONRAD. K. *Die beginnende Schizophrenie:* Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. 6. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme, 1992.

KOPELMAN, M. D. The Korsakoff syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, v. 166, p. 154-173, 1995.

KRAEPELIN, E. Parafrenias. In: KRAEPELIN, E. *La demencia precoz*. Buenos Aires: Polemos, 1996. Parte 2.

KROLL, N. E. A. et al. Retrieval of old memories: the temporofrontal hypothesis. *Brain*, v. 120, p. 1377-1399, 1997.

LACAN, J. As psicoses: 1955-1956. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. (O seminário; 3).

LAKS, J.; ROZENTHAL, M.; ENGELHARDT, E. Neuropsicologia das emoções. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 32, n. 5, p. 177-181, 1996.

LANGE, K. *Les emotions*. Paris: Alcan. 1895.

LANTÉRI-LAURA, G. Culture et sémiologie psychiatrique. *L'Evolution Psychiatrique,* v. 69, p. 3-21, 2004.

LANTERI-LAURA, G. *Las alucinaciones.* México: Fondo de Cultura Económica, 1994.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, j.-B. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

LEDOUX, J. E. Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neurosciences*, v. 23, p. 155-184, 2000.

LEFF, J. *Psychiatry around the globe*. London: Gaskell, 1988.

LEME LOPES, J. *Delírio*: possibilidades e tratamento. Rio de Janeiro: Atheneu, 1982.

LEME LOPES, J. *Diagnóstico em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1980.

LEME LOPES, J. Mudança da psicopatologia das psicoses sob a ação dos neurolépticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 28, n. 1-4, p.1-6, 1979.

LÉPINE, J. P. et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale. *L'Encéphale*, v. 31, p. 182-194, 2005.

LEPORE, F. E. Spontaneous visual phenomena with visual loss: 104 patients with lesions of retinal and neural afferent pathways. *Neurology,* v. 40, p. 444-447, 1990.

LERICHE, R. *Introduction générale:* De la santé à la maladie; La douler dans les maladies; Où va la médicine? In: ENCYCLOPEDIE Française, 1936. Tomo 6.

LEWIS, A. The psychopathology of insight. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, n. 1, p. 113-127, 2004.

LEZAK, M. D. *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press, 2004.

LEZAK, M. D.; HOWIESON, D. B.; LORING, D. W. *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University, 2004.

LIVESLEY, W. J. et al. Genetic and environmentl contributions to dimensions of personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, v. 150, p. 1826-1831, 1993.

LÓPEZ IBOR, J. J. Las neurosis como enfermidades del alma. In: LÓPEZ IBOR, J. J.; CARBONELL, C.; GARRABÉ, J. *Anthology of Spanish psychiatric texts*. [S.l.]: World Psychiatric Association, 2001.

LÓPEZ IBOR, J. J. *Lecciones de psicología médica*. Madrid: Paz Montalvo, 1970. Vol. 1.

LÓPEZ IBOR, J. J.; LÓPEZ IBOR ALIÑO, J. J. *El cuerpo y la corporalidad*. Madrid: Gredos, 1974.

LÓPEZ IBOR, J.J. Analyse structurale de l'expérience de dépersonnalisation. *L'Encéphale, 630, 5-6, 1957.*

LUCRÉCIO CARO, T. *Da natureza*. São Paulo: Abril, 1973. (Os pensadores).

LURIA, A.R. *Fundamentos de neuropsicologia.* Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S. A.; 1981.

LYKETSOS, C. G.; TREISMAN, G. J. Depressive syndromes and causal associations. *Psychosomatics*, v. 37, p. 407-412, 1996.

LYONS, J. *As idéias de Chomsky*. São Paulo: Cultrix, 1989.

MACHADO DE ASSIS [1884]. Manuscrito de um sacristão. In: MACHADO DE ASSIS. *Histórias sem data :* contos. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994. Cap. IV.

MACKINNON, R. A.; MICHELS, R. *A entrevista psiquiátrica na prática clínica.* 2. ed. Porto Alegre: Armed, 2008.

MACKINNON, R. A.; YUDOFSKY, S. C. *A avaliação psiquiátrica.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

MACLEAN, P.D. *The triune brais in evolution:* role in paleocerebral functions. PlenoPress, New York, 1990.

MADALOZZO, D.; TOGNOLA, W. A. Afasias: correlações clínico-topográficas. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 42, n. 2, p. 5-13, 2006.

MANFREDINI, J. Aula ministrada ao quarto ano médico da Faculdade Nacional de Medicina. Rio de Janeiro, 1959

MARQUES, A. *Manual de diagnóstico clínico*. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 1970.

MARTINS, C. *Perspectivas da relação médico-paciente.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1981

MARTINS, F. *Psicopathologia I*: prolegômenos. Belo Horizonte: PUCMINAS, 2005.

MARTINS, F. *Psicopathologia II*: semiologia clínica. Belo Horizonte: PUCMINAS, 2005.

MATTOS, J. *Manual das doenças mentais*. Porto: Central, 1884.

MATTOS, P. Classificação dos processos mnêmicos. *Vitrô Psiquiatria*, v. 1, n. 1, p. 30-33, 1996.

MAYER-GROSS, W. *Self-descriptions from confusional states*: the oneiroid experience. Berlin. 228, 313, 124.

MAYER-GROSS, W. *Selbstschilderungen der Verwirrtheit*: Die oneroide erlebnisform. Berlin: Spring, 1924.

MAYER-GROSS, W.; SLATER, E.; ROTH, M. *Psiquiatria clínica.* São Paulo: Mestre Jou, 1976.

MCCRAE, R. R.; JOHN, O. P. An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, v. 60, n. 175-192, 1992.

MCGUIRE, P. K.; SHAH, G. M.; MURRAY, R. M. Increased blood flow in Broca'a area during auditory hallucination in schizophrenia. *Lancet,* v. 342, n. 8873, p. 703-706, 1993.

MEHLER, P. S. Bulimia nervosa. *The New England Journal of Medicine,* v. 349, n. 9, p. 875-881, 2003.

MELLON, C. D.; CLARK, L. D. A developmental plasticity model for phenotypic variation in major psychiatric disorders. *Perspectives in Biology and Medicine*, v. 34, n. 1, p. 35-43, 1990.

MESULAM, M. M. Primary progressive aphasia: a language-based dementia. *The New England Journal of Medicine*, v. 349, p. 1535-1542, 2003.

MEYER, A. *The collected papers of Adolf Meyer.* Baltimore: John Hopkins Press, 1950.

MEYER, M. *O filósofo e as paixões*: esboço de uma história da natureza humana. Porto: Asa, 1994.

MEYER, R. E. The disease called addiction: emerging evidence in a 200-year debate. *Lancet*, v. 347, p. 162-166, 1996.

MEYNERT, T. *Klinische Vorlesungen über Psychiatrie auf wissenschaftlichen Grundlagen*. Wien: Braunmüller, 1890.

MEZZICH, J. E. International diagnostic systems and Latin-American contribution and issues. *The British Journal of Psychiatry*, v. 154, supl. 4, p. 84-90, 1989.

MICALE, M. S. *Approaching hysteria*: disease and its interpretations. Princeton: Princeton University, 1995.

MIGUEL, E. C.; RAUCH, S. L.; JENIKE, M. A. Transtorno obsessivo-compulsivo. In: MIGUEL, E.; RAUCH, S.; LECKMAN, J. *Neuropsiquiatria dos gânglios da base*. São Paulo: Lemos, 1998.

MIGUEL, E. *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo*: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

MINKOWSKI, E. *El tiempo vivido*. México: Fondo de Cultura Económica, 1973.

MINKOWSKI, E. *Traité de psychopathologie*. Paris: Universitaires de France, 1966.

MIOTTO, E. C. et al. Spatial working memory and strategy formation in patients with frontal lobe excisions. *Cortex,* v. 32, p. 613-630, 1996.

MIRA Y LÓPES, E. *Manual de psiquiatria*. Buenos Aires : Editorial El Ateneo, 1943.

MIRA Y LÓPES, E. *Psicologia geral*. São Paulo: Melhoramentos, 1974.

MONEDERO, C. *La Mania*: una psicopatologia de la alegria. Madrid: Biblioteca Nueva, 1975.

MONEDERO, C. *Psicopatologia general.* Madrid: Biblioteca Nueva, 1973

MONTERO, P. *Magia e pensamento mágico*. São Paulo: Ática, 1990.

MORRIS, C. *Signs, language and behavior.* New York: G. Brazillen, 1946.

MORUZZI, G.; MAGOUN, H. W. Brain stem reticular formation ans activation of the EEG. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, v. 1, p. 455-473, 1949.

MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. *The global burden of disease*. Cambridge: Harvard University, 1996.

MURRAY, H. A. *TAT*: teste de apercepção temática. São Paulo: Casa do psicólogo, 1995.

NAGEL, T. What is it like to be a bat? *The Philosophical Review*, v. 83, n. 4, p. 435-450, 1974.

NARDI, A. G.; VALENÇA, A. M. *Transtorno de pânico:* diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

NASCIMENTO, E. G. Psicopatologia e semiologia da linguagem e do curso do pensamento. *Boletim Psiquiátrico UNICAMP*, v. 2, p. 34-42, 1974.

NELSON, K. R. et al. Does the arousal system contribute to near-death experience? *Neurology*, v. 66, p. 1003-1009, 2006.

NERVAL, G. *Aurélia.* Paris: Librairie Générale Française, 1999.

NITRINI, R. et al. Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnósticos de demência. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 52, p. 457-465, 1994.

NITRINI. R.; BACHESCHI, L. A. *A neurologia que todo médico deve saber*. São Paulo: Santos-Maltese, 1991

NOBRE DE MELO, A. L. *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979. Vol. 1.

NUCCI, M. G. *Formulação cultural do caso em saúde mental*: uma experiência num centro primário de saúde na cidade de Campinas, SP. 2002. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 2002.

NUNES, M. A. A.; ABUCHAIM, A. L. G. Anorexia nervosa, parte I: quadro clínico, critérios diagnósticos e etiologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 44, supl. 1, p. S5-S9, 1995.

OLIVEIRA, J. M.; AMARAL, J. R. *Princípios de neurociência.* São Paulo: Tecnopress, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10:* descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica.* Genebra: Organización Mundial de la Salud, 2005.

OTHMER, E.; OTHMER, S. C. *The clinical interview using DSM-IV*: the difficult patient. Washington: American Psychiatric, 1994.

PÁEZ, D.; CASULLO, M. M. *Cultura y alexitimia*: como expresamos aquello que sentimos? Buenos Aires: Paidós, 2000.

PAIM, I. *Curso de psicopatologia.* 10. ed. revisada e ampliada. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1986.

PAIM, I. *Curso de psicopatologia.* 11. ed. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1993.

PAIM, I. *Curso de psicopatologia.* São Paulo: Pedagógica Universitária, 1986.

PAIM, I. *Fenomenologia da atividade representativa*. São Paulo: Grijalbo, 1972.

PAIM, I. *História da psicopatologia*. São Paulo: Pedagógica e Universitária,1993.

PALLY, R. How brain development is shaped by genetic and environmental factors. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 78, p. 587-593, 1997.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. *Desenvolvimento humano*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PAPEZ, J.W. A proposed mechanism of emotion. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences,* v. 7, n. 1, p. 103-112, 1995. (Reimpressão do artigo de 1937).

PARKER, M. The amygdala: responsible for memories of reward as well as punishment? *Behavioral and Brain Sciences*, v. 23, n. 2, p. 213-214, 2000.

PARNAS, J.; BOVET, P. Autism in schizophrenia revisited. *Comprehensive Psychiatry*, v. 32, n. 1, p. 7-21, 1991.

PEIRCE, C. S. Fenomenologia. In: PEIRCE, C. S. *Escritos coligidos*. São Paulo: Abril Cultural, 1974. Cap. 8. (Os pensadores).

PENHA, J. *Períodos filosóficos.* São Paulo: Ática, 1991.

PEREIRA, M. E. C. *Contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico.* São Paulo: Lemos, 1997.

PEREYRA, C. R. *Semiologia y psicopatologia de los processos de la esfera intelecutal.* Buenos Aires: Salermo, 1973.

PESSOA, F. *Livro do desassossego por Bernardo Soares*. Editora Brasiliense, 1995, p. 293.

PETERS, U. H. *Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie*. München e Wien: Urban e Schwarzenberg, 1984.

PIAGET, J. Die geistige Entwicklung des Kindes. In: PIAGET, J. *Theorien und Methoden der Modernen Erziehung*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch, 1974.

PIAGET, J.; INHELDER, B. *A psicologia da criança.* São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1973.

PICHOT, P. Nosological models in psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, v. 164, p. 232-240, 1994.

PIÉRON, H. *Dicionário de psicologia.* 10. ed. São Paulo: Editora Globo, 1996.

PIO ABREU, J. L. *Introdução à psicopatologia compreensiva*. Lisboa: Gulbenkian, 1994.

POECK, K. Pathological laughter and crying. In: VINKEN, P. J.; BRUYN, G. W.; KLAWANS, H. V. *Handbook of clinical neurology*. Amsterdam: Elsevier, 1985.

POPE, H. G. Cannabis: cognition and residual confounding. *JAMA,* v. 287, p. 1172-1174, 2002.

POROT, A. *Diccionario de psiquiatria clínica y terapêutica*. Barcelona: Labor, 1967.

POST, R. M.; SILBERSTEIN, S. D. Shared mechanisms in affective illness, epilepsy, and migraine. *Neurology*, v. 44, supl. 7, S37-S47, 1994.

PRANDI, R. *Segredos guardados:* orixás na alma brasileira. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

RAHE, R. H. Psychosocial stressors and adjstment disorder: Van Gogh's life chart illustrates stress and disease. *Journal of Clinical Psychiatry*, supl. 51, p. 13-19, 1990.

RAMADAN, Z. B. A. *A histeria.* São Paulo: Ática, 1985.

RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. *Alcoolismo hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

RANK, O. *O duplo*. Rio de Janeiro: Brasílica, 1939.

RANSMAYR, G. et al. Demenz mit Lewy-Körperchen. *Der Nervenarzt*, v. 71, p. 929-935, 2000.

RAZZOUK, D. Dependência de Internet: uma nova categoria diagnóstica? *Psychiatry-on-Line-Brazil*, v. 3, p. 3, 1998.

RIBEIRO, P. L.; ANDRADE, A. G. Transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias

psicoativas. In: LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. *Psiquiatria básica*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

RIBOT, T. *Les maladies de la mémoire.* Paris: Félix Alcan, 1881.

RICHARDSON, K. *Compreender a inteligência.* Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

RITCHIE, K. Eugeria, longevity and normal ageing. *The British Journal of Psychiatry,* v. 171, p. 501, 1997.

RIX, K. J. B.; SNAITH R. P. The psychopathology of body image. *The British Journal of Psychiatry,* v. 153, supl. 2, p. 6-55, 1988.

RODRIGUES, A. C. T.; BANZATO, C. E. M. Delusional misidentification syndrome: why such nosologic challenge remains intractable. *Psychopathology*, v. 39, p. 296-302, 2006.

RODRIGUES, A. *Psicologia social*. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1973.

ROLLS, E. T. Précis of the brain and emotion. *Behavioral and Brain Sciences*, v. 23, n. 2, p. 177-234, 2000.

ROOM, R.; BABOR, T.; REHM, J. Alcohol and public health. *The Lancet*, v. 365, p. 519-530, 2005.

RUTTER, M.; TAYLOR, E. *Child and adolescent psychiatry.* 4th ed. London: Blackwell, 2002.

SÁ JR, L. S. M. *Fundamentos de psicopatologia*: bases do exame psíquico. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

SADOCK V. A. Normal human sexuality and sexual dysfunctions. In: KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (Ed.). *Comprehensive textbook of psychiatry IV.* Baltimore: Williams e Wilkins, 1995.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. *Compêndio de psiquiatria*: ciência do comportamento e psiquiatria clinica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANDIFER JR, M. G.; HORDERN, A.; GRENN, L. M. The psychiatric interview: the impact of the first three minutes. *The American Journal of Psychiatry,* v. 126, n. 7, p. 968-973, 1970.

SANVITO, W. L. et al. Síndrome de KLUVER-BUCY determinada por encefalite a virus. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 40, p. 251-259, 1982.

SANVITO, W. L. *Propedêutica neurológica básica*. São Paulo: Gráfica Editora Ltda., 1981.

SÃO PAULO, F. Linguagem médica popular no Brasil. Rio de Janeiro: Barreto, 1936.

SARTRE, J. P. *Esboço de uma teoria das emoções*. Lisboa: Presença, 1965.

SAURÍ, J. J. *O que é diagnosticar em psiquiatria.* São Paulo: Escuta, 2001.

SAUSSURE, F. *Curso de linguística geral*. São Paulo: Cultrix, 1970.

SCHILDER, P.; WEITMAN, R. *Imagem do corpo:* as energies constitutivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SCHIMID, G. B. Chaos theory and schizophrenia: elementary aspects. *Psychopathology*, v. 24, p. 185-198, 1991.

SCHNEIDER, K. *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Georg Thieme, 1992.

SCHNEIDER, K. *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Ediciones Morata. 1974.

SCHNEIDER, K. *Psicopatologia clínica*. São Paulo: Mestre Jou, 1976.

SCHOPENHAUER, A. *O mundo como vontade e representação*. São Paulo: Abril, 1974. (Os pensadores).

SEARLE, J. R. Consciousness. *Annual Review of Neuroscience*, v. 23, p. 557-578, 2000.

SEIDMAN, S. N.; RIEDER, R. O. A review of sexual behavior in the United States. *The American Journal of Psychiatry,* v. 151, p. 330-341, 1994.

SHAFFER, D.; LUCAS, C. P.; RICHTERS, J. E. *Diagnostic assessment in child and adolescent psychopathology*. New York: Guilford, 1999.

SHARP, D. *Jung Lexicon*: a primer of terms and concepts. New York: Inner City Books, 1991.

SHEA, S. C. *Psychiatric interviewing:* the art of understanding. 2nd ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1998.

SHERGILL, S. S. et al. Temporal course of auditory hallucinations. *The British Journal of Psychiatry*, v. 185, p. 516-517, 2004.

SILBER, M. H. Chronic insomnia. *The New England Journal of Medicine*, v. 353, p. 803-810, 2005.

SILBERSWEIG, D.A.et al.A functional neuroanatomy of hallucinations in schizophrenia. *Nature*, v. 378, p. 176-179, 1995.

SILVA FILHO, J. F. *Psicopatologia hoje*. Rio de Janeiro: CCS/UFRJ, 2006.

SILVA, P. Jealousy in couple relationships: nature, assessment and therapy. *Behavior Research and Therapy*, v. 35, p. 973-985, 1997.

SILVEIRA, D. X.; VIEIRA A. C.; PALOMO, V. Criteria validity and reliability of the Brazilian version of a sexual addiction screening scale. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* v. 22, p. 4-10, 2000.

SILVEIRA, N. *Jung:* vida e obra. Rio de Janeiro: José Álvaro Editor/Paz e Terra. 1975.

SIMANKE, R. T. *A formação da teoria freudiana das psicoses*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

SIMS, A. Delusions and awareness of reality. *The British Journal of Psychiatry*, v. 159, suppl. 14, 1991.

SIMS, A. *Sintomas da mente*: introdução à psicopatologia descritiva. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SIMS, A. *Symptoms in the mind*: an introduction to descriptive psychopathology. London: Sounders, 1995.

SOLOWIJ, N.; STEPHENS, R. S.; ROFFMAN R. A. Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment. *JAMA,* v. 287, p. 1123-1131, 2002.

SONENREICH, C. *Contribuição para o estudo da etiologia do alcoolismo*. 1971. Tese (Doutorado)-Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1971.

SONENREICH, C.; BASSITT W. *O conceito de psicopatologia*. São Paulo: Manole, 1979.

SONENREICH, C.; CORRÊA, F. K. *Escolhas do psiquiatra*: saber e carisma. São Paulo: Manole, 1985.

SONG, H.; STEVENS, C. F.; GAGE, F. H. Astroglia induce neurogenesis from adult neural stem cells. *Nature*, v. 417, p. 39-44, 2002.

SPEARMAN, C. *The abilities of man*: their nature and measurements. New York: Macmillan, 1927.

SQUIRE, L. R.; KANDEL, E. R. *Memória:* da mente às moléculas. Porto Alegre: Artmed, 2003.

STERNBERG, R. J. The concept of intelligence and its role in lifelong learning and success. *American Psychologist*, v. 52, p. 1030-1037, 1997.

STRANSKY, E. Towards and understanding of certain symptoms of dementia praecox [1904]. In: CUTTING, J.; SHEPHERD, M. *The clinical roots of the schizophrenia concept.* Cambridge, UK: Cambridge University Press. 1987.

SULLIVAN, H. S. *A entrevista psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Interciência, 1983.

SULLIVAN, H.S. *Personal psychopathology*. New York: W. Norton and Company, 1965

SWANSON, D.W.; BOHNERT, P. J.; SMITH, J. A. *The paranoid*. Boston: Little Brown and Co. Ed., 1970.

TANDON, R.; GREDEN, J. F. Schneiderian first rank symptoms: reconfirmation on high specificity for schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 75, p. 392-396, 1987.

TARDIFF, K. J. Violence. In: TALBOTT, J. A.; HALES R. E.; YUDOFSKY, S. C. *Textbook of psychiatry.* New York: The American Psychiatric, 1988.

TARSKI, A. La concepción semántica de la verdad y los fundamentos de da semántica. In: BUNGE, M. *Antologia semántica*. Buenos Aires: Eudeba, 1960.

TAVARES, H. Jogo patológico e suas relações com o espectro impulsivo-compulsivo. 2000. Tese (Doutorado)-Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de São Paulo. São Paulo, 2000.

TAVARES, S.; ALOÉ, F. Classificação das insônias. *Atualização em neuropsiquiatria,* v. 1, p. 8-19, 1998.

TAVARES, S.; ALOÉ, F. Sono normal. *Atualização em neuropsiquiatria,* v.1, p. 6-7, 1998.

TESAR, G. E. The agitated patient: evaluation and behavioral management. *Hospital and Community Psychiatry,* v. 44, p. 329-331, 1993.

THIRTHALLI, J.; BENEGAL, V. Psychosis among substance users. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 19, n. 3, p. 239-245, 2006.

THOMAS, P.; FRASER, W. Linguistics, human communication and psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, v. 165, p. 585-592, 1994.

THOME, J.; EISCH, A. Neuroneogenese: Relevanz für Pathophysiologie und Pharmakotherapie psychiatrisher Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, v. 76, p. 11-19, 2005.

TIEN, A. Y. Distribution of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* v. 26, p. 287-292, 1991.

TRZEPACZ, P. T.; MEAGHER, D. J.; WISE, M. G. Aspectos neuropsiquiátricos do delirium. In: YODOFSKY, S. C; HALES, R. E. *Neuropsiquiatria*

e neurociências na prática clínica. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

TSUANG, M. T.; STONE, W. S.; FARAONE, S. V. Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, v. 157, n. 7, p. 1041-1050, 2000.

TURNER, M. Malingering. *The British Journal of Psychiatry*, v. 171, p. 409-411, 1997.

UBINHA, P. T. Psicopatologia e semiologia da sensopercepção. *Boletim Psiquiátrico UNICAMP*, v. 2, p. 29-33, 1974.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCES. Screening for speech and language delay in preschool children: recommendation statement. *Pediatrics,* v. 117, n. 2, p. 497-501, 2006.

VALLEJO NÁGERA, A. *Propedéutica clínica psiquiátrica*. Madrid: Labor, 1944.

VAN DEN BERG, J. H. *Pequena Psiquiatria*. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

VEALE, D. Over-valued ideas: a conceptual analysis. *Behavior Research and Therapy,* v. 40, n. 4, p. 383-400, 2002.

VIGNAT, J. P. La clinique des états de conscience. *Annales Médico-Pschologiques,* v. 154, n. 10, p. 589-600, 1996.

VOLTAIRE, F-M. A. [1764] *Dicionário fislosófico*. São Paulo: Atena Editora. 1959.

WADDEN, T. A. Obesity. In: KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (Ed.). *Comprehensive textbook of psychiatry IV.* Baltimore: Williams e Wilkins, 1995.

WARNER, J. et al. Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women. *British Journal of Psychiatry*, v. 185, p. 479-485, 2004.

WEEDWOOD, B. *História concisa da lingüística*. São Paulo: Parábola, 2002.

WEITBRECHT, H. J. *Psychiatrie im Grundriss.* Berlin: Springer, 1973.

WIDIGER, T. A. Five factor model of personality disorder: integrating science and practice. *Journal of Research in Personality,* v. 39, p. 67-83, 2005.

WILSON, G. T.; SHAFRAN, R. Eating disorders guidelines from NICE. *The Lancet*, v. 365, p. 79-81, 2005.

WORL HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preamble to the constitution of the Worl Health Organization:* official records of the WHO, Geneve, n.2, p. 100. 1946.

YAGER, J.; GITLIN, M. J. Clinical manifestations of psychiatric disorders. In: KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. *Comprehensive textbook of psychiatry IV.* Baltimore: Williams e Wilkins, 1995.

YUDOFSKY, S. C.; HALES, R. E. *Compêndio de neuropsiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

YUDOFSKY, S. C.; HALES, R. E. *Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ZEMAN, A. Z. J.; GRAYLING, A. C.; COWEY, A. Contemporary theories of consciousness. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry,* v. 62, p. 549-552, 1997.

Índice